

University of Groningen

De ontwikkeling van oncologienetwerken in Nederland

Middelveltdt, Ineke; Regts, Gerdien; Van der Zwaag, Eduard

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2018

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Middelveltdt, I., Regts, G., & Van der Zwaag, E. (2018). *De ontwikkeling van oncologienetwerken in Nederland: Aanbevelingen rond organisatie en financiering*. Regionale Oncologienetwerken.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



september 2018

De ontwikkeling van oncologienetwerken in Nederland

Aanbevelingen rond organisatie en financiering

Voorwoord

Voor u ligt het rapport getiteld “*De ontwikkeling van oncologienetwerken in Nederland - Aanbevelingen rond organisatie en financiering*”. Dit rapport bevat de bevindingen en de resultaten van een breed opgezet veldonderzoek uitgevoerd onder verschillende oncologienetwerken in Nederland. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden gedurende het jaar 2017 en het eerste kwartaal van 2018.

We zijn er trots op te kunnen melden dat dankzij de brede betrokkenheid en inbreng van velen de in dit rapport beschreven discussies, conclusies en aanbevelingen inmiddels effect hebben gehad. De gezamenlijke inspanningen hebben onder meer een belangrijke bijdrage geleverd bij recente aanpassingen van NZa-regelgeving per 2019¹.

De aanleiding voor het uitvoeren van het onderzoek is het Citrienprogramma ‘*Naar regionale oncologienetwerken*’. Binnen dit programma zijn vanaf 2014 op regionaal en interregionaal niveau diverse projecten uitgevoerd. In hun inspanningen om te komen tot netwerkvorming liepen de verschillende regio’s al gauw tegen diverse generieke belemmeringen aan. Om deze obstakels zoveel als mogelijk, of zelfs geheel te proberen weg te nemen, zijn binnen het Citrienprogramma op elk van deze onderwerpen overkoepelende landelijke projecten gestart. De uitvoering daarvan is belegd bij de verschillende universitair medische centra (UMC’s).

Twee van de thema’s waarbij sprake is van generieke belemmeringen zijn voor dit rapport van belang. Dit zijn de thema’s ‘regelgeving’ en ‘financiering’, die ten dele aan elkaar raken. Het eerstgenoemde onderwerp is belegd bij het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Zij hebben zich vanuit de projectgroep *Oncologienetwerken en regelgeving* gericht op de aspecten van regelgeving waar deze vorming en ontwikkeling van oncologienetwerken in de weg staan. Het onderwerp *Oncologienetwerken en financiering* is gericht op mogelijke vormen van financiering en de belemmerende dan wel bevorderende invloed hiervan op de ontwikkeling van regionale oncologienetwerken. Dit thema is belegd bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en uitgewerkt middels een gezamenlijke productie in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen (RuG) en Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). De overlap tussen de twee thema’s komt in dit rapport vooral tot uitdrukking in hoofdstuk 3, waarin nauw is samengewerkt en waarvan Mr. Jenneke Boerman MSc MBA van het LUMC medeauteur is.

De onderzoeksgroep voor het thema financiering, die verantwoordelijk is voor de opzet, uitvoering en de verslaglegging van het onderzoek, heeft tijdens het proces periodiek afstemming gehad met een expertgroep. Deze expertgroep bestaat uit de volgende leden:

Prof. dr. Hans Nijman - Hoogleraar Gynaecologische oncologie en Immunologie UMCG

Dr. Gera Welker - Adviseur Beleid en Implementatie UMCG

Prof. dr. ir. Kees Ahaus - Hoogleraar Healthcare Management RuG

Prof. dr. Taco van der Vaart - Hoogleraar Supply Chain Management RuG

Naast het inroepen van de deskundigheid van de expertgroep heeft op twee momenten consultatie van belangrijke stakeholders plaatsgevonden. In mei 2017 en in maart 2018 zijn de onderzoeksopzet en de tussentijdse resultaten in rondetafelconferenties gepresenteerd aan en gezamenlijk bediscussieerd met deze groep stakeholders. De door hen gegeven input heeft op enkele cruciale punten geholpen in het formuleren van de onderzoeksvragen en bij de reflectie op dataverzameling en -analyse. De rondetafelconferenties bestonden uit deelnemers van onder meer Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), IKNL, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Citrien, Zorgonderzoek Nederland - Medische Wetenschappen (ZonMw) en diverse

¹ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2018/09/20/nieuwe-regels-bieden-meer-ruimte-voor-samenwerking-bij-medisch-specialistische-zorg>
<https://www.skipr.nl/actueel/id35938-nza-biedt-ruimte-voor-samenwerking-medisch-specialistische-zorg.html>

oncologienetwerken. Een lijst van de deelnemers is opgenomen in de appendix. Onze dank gaat hierbij in het bijzonder uit naar Ronald Spanjers, die zeer bekwaam en op inspirerende wijze deze bijeenkomsten heeft geleid.

In dit rapport doen we naast de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen op het gebied van financiering van oncologienetwerken ook verslag van de uitkomsten op het gebied van organisatorische en kwalitatieve aspecten van netwerkvorming.

We hopen dat u dit rapport met veel plezier zult lezen, dat het nieuwe inzichten zal opleveren. We houden ons aanbevolen voor uw opmerkingen en suggesties!²

Drs. Ineke Middelveldt - UMCG

Dr. Gerdien Regts - Faculteit Economie en Bedrijfskunde RuG

Sjouke Rijpma - IKNL

Eduard van der Zwaag MSc - UMCG

² Mocht u contact met ons op willen nemen dan kan dit via de volgende e-mailadressen: i.middelveldt@umcg.nl en/of e.j.van.der.zwaag@umcg.nl.

Samenvatting

Binnen de oncologische zorg is er meer en meer sprake van netwerkvorming, waarbij ziekenhuizen samen verantwoordelijkheid nemen voor de zorg voor patiënten met kanker. Al meer dan tien jaar geleden zijn er netwerken gevormd voor hoogcomplexere laagvolumetumoren. Dat er nu ook netwerken ontstaan voor laagcomplexere hoogvolumetumoren maakt duidelijk dat medisch professionals en andere belanghebbenden in toenemende mate de noodzaak zien en ook de behoefte hebben om samen te werken binnen oncologische netwerken.

Nadat in de eerste projectenronde van het Citrienprogramma *‘Naar regionale oncologienetwerken’* duidelijk werd dat er vaak belemmeringen werden ervaren op financieel gebied, is het onderzoek gestart waarover in dit document wordt gerapporteerd. In 2017 is gestart met een landelijke inventarisatie van bestaande oncologienetwerken, waarna een online vragenlijst is uitgezet onder de bij de meer dan 75 geïdentificeerde oncologienetwerken betrokken artsen, kwartiermakers en managers. In een multiple case study is vervolgens in 35 semigestructureerde interviews meer de diepte ingegaan op de aanleiding voor netwerkvorming, op belemmeringen in financiering en regelgeving, en op bevorderende aspecten.

Er zijn diverse aanleidingen en redenen waarom ziekenhuizen er voor kiezen zorg binnen een netwerk te organiseren. Enerzijds blijkt dat ziekenhuizen middels netwerkvorming ernaar streven te voldoen aan (volume-)normen en gezamenlijk de zorg in de regio willen behouden en deze daarom soms onderling verdelen. Anderzijds wordt er binnen netwerken ook de verbinding gezocht tussen de tweede, derde en vierde lijn. Deze echelonering is erop gericht om gezamenlijk zo goed mogelijke kwaliteit van oncologische zorg te kunnen bieden en optimaal gebruik te maken van capaciteiten in de regio, te bewegen richting zorg op de juiste plek. Er zijn in de diversiteit aan netwerken verschillende typen netwerken te onderscheiden. Verschillen bestaan onder andere uit het aantal deelnemende ziekenhuizen, het wel of niet deelnemen van een UMC aan een netwerk en het tumortype of de tumortypen waar het netwerk zich op richt.

Naast verschillen tussen netwerken zijn er overeenkomsten waar te nemen. Zo doorlopen de meeste netwerken soortgelijke fasering in de ontwikkeling van het netwerk, van initiatief en starten vanuit de inhoud tot het organiseren van bestuurlijke betrokkenheid. Gemeengoed hierin is dat het essentieel is dat de betrokken medisch specialisten elkaar op inhoud vinden, en dit als basis dient om vanuit eerst een informeel samenwerkingsverband door te groeien naar een formeel oncologienetwerk. In dit proces lopen netwerken ook tegen dezelfde belemmerende factoren aan, zoals bijvoorbeeld mogelijk productieverlies. Bovendien spelen overeenkomstige bevorderende factoren een grote rol, zoals het belang van onderlinge relaties en vertrouwen.

Bij de gedeelde belemmerende factoren in netwerkvorming zijn er veel die te maken hebben met financiering, en de impact van de verschillende financieringsaspecten is soms groot. Hierbij worden in het rapport vier deelonderwerpen onderscheiden, te weten:

- bekostiging van de patiëntenzorg: registratie en declaratie van het primaire proces;
- financiering van de algemene kosten en de organisatiestructuur van een oncologienetwerk;
- bekostiging van het multidisciplinair overleg (MDO) en de expertopinie;
- invloed van prikkels in het Nederlandse zorgstelsel.

Bij al deze vier onderwerpen is er in meer of mindere mate sprake van belemmeringen die de gewenste ontwikkelrichting van de oncologische zorg in Nederland in de weg staan. Bij de bekostiging van het primaire proces speelt met name NZa-regelgeving en ook de beperkte mogelijkheden tot administratieve uitwisseling tussen ziekenhuizen een rol, waardoor patiëntstromen tussen de in het netwerk deelnemende ziekenhuizen nog onvoldoende gefaciliteerd kunnen worden.

Daarnaast zijn veel oncologienetwerken nog zoekende op welke manier en door wie de algemene kosten van een netwerk gefinancierd kunnen worden. Alhoewel essentieel voor het functioneren van de netwerken is er in dit opzicht nog geen eenduidig antwoord gevonden. Oplossingen kunnen worden gevonden in een breed spectrum, van het optuigen van een ondersteuningsorganisatie met financiering per individueel netwerk, of een bundeling van ondersteuningsactiviteiten in een regionaal bureau dat meerdere netwerken bedient, tot een landelijke oplossing waarin een ondersteuningsstructuur met financieringsmodel wordt gevonden die alle netwerken gaat faciliteren.

Medisch inhoudelijk zijn het MDO en de expertopinie voor oncologienetwerken van groot belang. Hier wordt de kwaliteitsslag gemaakt voor de oncologische patiënt. Echter, de benodigde inspanning die hiermee gemoeid is neemt toe, waarbij betrokkenen ervaren dat hiervoor geen vergoeding bestaat. Doorgaan op deze voet wordt onhoudbaar, en nadere bezinning op het MDO-model en de financiering ervan is noodzakelijk. Daarbij is het gedeelde uitgangspunt dat voor iedere patiënt de juiste expertise wordt ingezet bij het vaststellen van de behandelopties, met aandacht voor efficiency en een adequate vergoeding. Voor het multidisciplinair bespreken van de eigen patiënt kan met consequente registratie de oplossing voor het financieringsvraagstuk worden gezocht in de dbc-systematiek. Voor de vergoeding van de expertopinie ten aanzien van externe patiënten is het vraagstuk complexer. Hiervoor bestaat op dit moment nog geen registratie- en declaratiemogelijkheid in de dbc-systematiek.

Prikkels afkomstig van het Nederlandse zorgstelsel zijn van invloed op de totstandkoming en dynamiek binnen ziekenhuizen en oncologienetwerken. Duidelijk is dat financiering die productie binnen de individuele 'schotten' stimuleert een belemmerende werking kan hebben op de inrichting van de oncologische zorg binnen netwerken. Dit betekent echter niet dat er majeure stelselwijzigingen noodzakelijk zijn. Alternatief is verkenning van de mogelijkheden voor beperken van productieprikkels en het opnemen van kwaliteitsprijkkels in de contracteringsafspraken tussen de bij de oncologienetwerken betrokken ziekenhuizen (of misschien de oncologienetwerken zelf) en de verzekeraars.

Kwaliteitsprijkkels in contractering veronderstelt dat kwaliteit meetbaar is. Meting van processen, uitkomsten en ervaringen van regionale oncologienetwerken is een randvoorwaarde. Uitkomsten en procesindicatoren kunnen online beschikbaar komen, onder meer ten behoeve van transparantie en keuzemogelijkheden voor patiënten. Het in kaart brengen van de kwaliteit van oncologische zorg in netwerken is in lijn met onder meer de ontwikkelingen op het gebied van Value Based Healthcare of Waardegedreven zorg, waarbij ook het (integraal) meten van kosten wordt meegenomen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	5
Inleiding	9
1. Onderzoeksopzet	11
1.1 Inventarisatie oncologienetwerken	11
1.2 Online vragenlijsten	13
1.3 Diepte-interviews multiple case study	13
1.4 Rondetafelconferenties	14
2. Bevindingen: Oncologienetwerken - organisatie en kwaliteit van zorg	15
2.1 Historische ontwikkeling van het ontstaan van oncologienetwerken	15
2.2 Redenen voor de totstandkoming van oncologische samenwerking	15
2.3 Ontwikkefasen van een oncologienetwerk	17
2.4 Bevorderende factoren samenwerking	19
2.5 Overige aandachtspunten	21
2.6 Belemmerende factoren samenwerking	22
2.7 Belemmeringen in Zorgstelsel, wet- en regelgeving	23
2.8 Rol van IKNL	24
2.9 Rol van zorgverzekeraars	25
3. Bevindingen: Financiering	27
3.1 Bekostiging patiëntenzorg	27
I. Onderlinge dienstverlening (ODV)	29
II. (Formele) verwijzing	32
3.2 Financiering algemene kosten oncologienetwerken	37
3.3 MDO en expertopinie	37
3.4 Overige aandachtspunten	40
4. Visie op de toekomst, conclusies en aanbevelingen	43
4.1 Registratie en declaratie van het primaire proces	43
4.2 Overheadkosten en organisatiestructuur van oncologienetwerken	45
4.3 Financiering MDO en expertopinie	46
4.4 Prikkel in het zorgstelsel	47
4.5 Conclusies en aanbevelingen	48
Bijlage A: NZa Regeling medisch-specialistische zorg	51
Appendix: Deelnemers Rondetafelconferenties / stakeholders	53

Inleiding

De toekomstbestendigheid van de Nederlandse gezondheidszorg is een belangrijke maatschappelijke uitdaging. Kosten blijven stijgen en de druk op de zorg wordt groter met een vergrijzende populatie en een toename van het aantal chronische patiënten. Om een aantal van de prangende thema's in de gezondheidszorg als UMC's gezamenlijk aan te kunnen pakken heeft voormalig minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Citrienfonds ingesteld. Voor dit programma is 25 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de periode 2014 tot en met 2018. De koepelorganisatie van de UMC's, de NFU, is verantwoordelijk voor de uitvoering.

Het doel van Citrien is om concrete vooruitgang op te leveren in de gezondheidszorg³. Hiertoe zijn vijf thema's uitgekozen waarin dringende vraagstukken bestaan en waar samenwerking essentieel is om verbeteringen mogelijk te maken. Een van deze vijf thema's is het thema 'Naar regionale oncologienetwerken'⁴. Dit thema richt zich op de inrichting en organisatie van de oncologische zorg in Nederland.

Want alhoewel de zorg voor patiënten met kanker in Nederland op een hoog niveau staat zijn er ook in de oncologische zorg een aantal uitdagingen die om oplossingen en actie vragen. Zo komen er in de oncologie bijvoorbeeld steeds meer nieuwe behandelingen bij, die beter zijn afgestemd op de individuele patiënt. Deze nieuwe behandelingen zijn vaak ingewikkeld. En er zijn veel meer specialismen bij betrokken dan vroeger. Dit alles maakt de kankerzorg duur. Tegelijkertijd stijgt in Nederland het aantal patiënten met kanker. Dat aantal zal de komende jaren nog verder stijgen. Er zijn dus steeds meer mensen die een beroep (gaan) doen op steeds betere kankerzorg.

De oncologische zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden lukt alleen als die zorg anders georganiseerd gaat worden, als er regionaal wordt samengewerkt. Het programma 'Naar regionale oncologienetwerken' stimuleert en faciliteert daarom een ingrijpende wijziging in de organisatie van de oncologische zorg in Nederland. De doelstelling daarbij is als volgt:

Goede oncologische zorg: voor iedere patiënt de juiste behandeling op de juiste plek dichtbij als het kan, geconcentreerd / verder weg als het moet

In 2014 is middels de diverse projecten van het programma begonnen met het werken aan deze doelstelling. Daarbij bleek al tijdens de eerste implementatieperiode dat het onderwerp 'financiering' door oncologienetwerken generiek als een belemmerend aspect ervaren wordt. Het project 'Oncologienetwerken en Financiering' is daarom gestart met de volgende twee onderzoeksvragen :

- 1) Welke aspecten van financiering worden door de oncologienetwerken als belemmerend ervaren?
- 2) Hoe gaan de verschillende oncologienetwerken om met deze belemmeringen?

Naast het identificeren van de financieringsaspecten die belemmerend werken voor oncologienetwerken is het doel van het project 'Oncologienetwerken en Financiering' ook om zoveel als mogelijk bij te dragen aan potentiële oplossingen. Bijvoorbeeld door samen met de verschillende betrokken partijen na te denken en te komen tot meer passende financieringsmodellen voor het primaire proces. Op verschillende plekken in dit rapport is

³ Zie ook <http://www.nfu.nl/patientenzorg/citrien/>

⁴ Zie ook <http://www.nfu.nl/programma/naar-regionale-oncologienetwerken/programma> en <https://www.oncologienetwerken.nl/>

aangegeven hoe hierin reeds actie in ondernomen is en op welke manieren de projectgroep voornemens is hier nog verder vervolg aan te geven.

Alle tijdens het onderzoek vergaarde resultaten en opgedane kennis worden in dit rapport in de volle breedte gedeeld. Alhoewel het onderzoek zich primair gericht heeft op financieringsaspecten van oncologienetwerken is er daarnaast ook veel algemene informatie verzameld over oncologienetwerken, over de organisatie van oncologienetwerken en, daaraan gerelateerd, kwaliteit van zorg van oncologienetwerken. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de historische ontwikkeling van het ontstaan van oncologienetwerken, de ontwikkelfasen van een netwerk en bevorderende en belemmerende factoren van het samenwerken in een oncologienetwerk. Deze meer algemene onderzoeksresultaten geven de context weer waarin de financieringsaspecten geplaatst en geïnterpreteerd dienen te worden.

In het eerste hoofdstuk wordt de onderzoeksmethodologie kort uiteengezet zodat duidelijk is op welke wijze de onderzoeksvragen beantwoord zijn. In het volgende hoofdstuk worden alle algemene bevindingen, alle opgedane kennis met betrekking tot de organisatie en kwaliteit van zorg van oncologienetwerken, gedeeld.

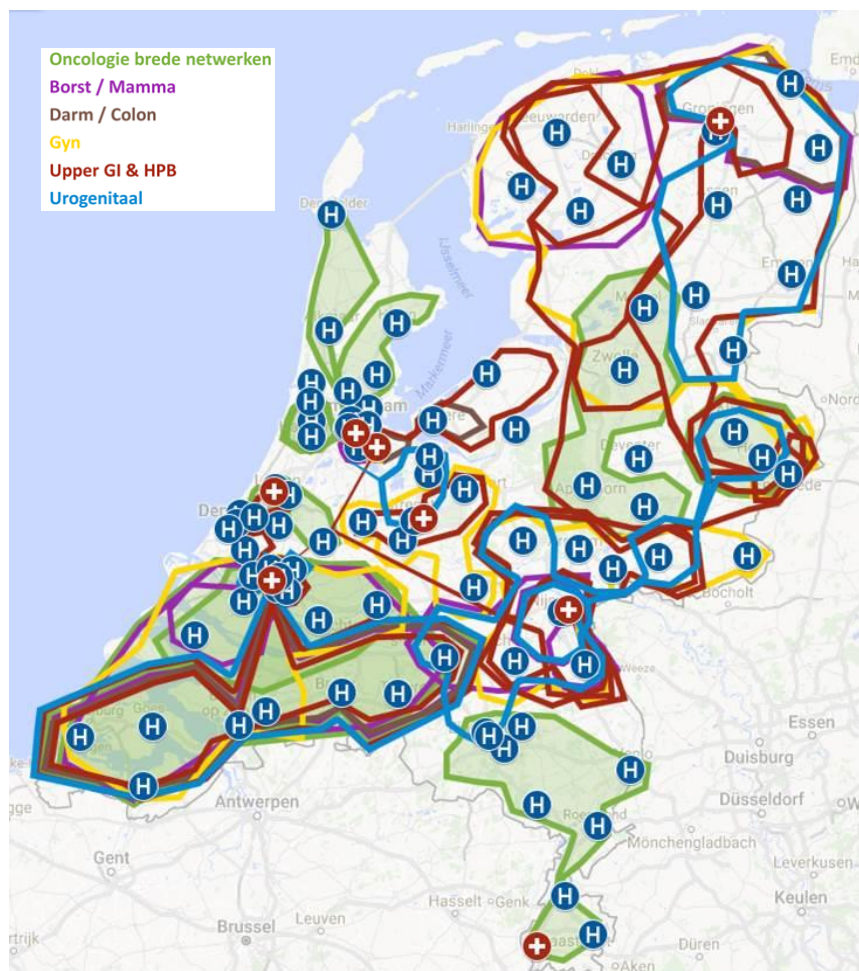
In de hoofdstukken 3 en 4 wordt vervolgens ingezoomd op de verschillende financieringsaspecten van oncologienetwerken. In hoofdstuk 3 staan alle bevindingen van het veldonderzoek betreffende de aan financiering gerelateerde onderwerpen. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 4, wordt op basis van de in het onderzoek gevoerde gesprekken vooruitgekeken naar mogelijke oplossingen en ontwikkelrichtingen. En wordt afgesloten met een conclusie en de belangrijkste aanbevelingen voor zowel de korte als de langere termijn.

1. Onderzoekopzet

Het onderzoek dat aan dit rapport ten grondslag ligt is gedurende het jaar 2017 en het eerste kwartaal van 2018 uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Groningen in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Groningen en IKNL. Daarbij zijn verschillende onderzoeksfases doorlopen. In dit hoofdstuk zal kort worden ingegaan op de gebruikte onderzoeksmethodologie.

1.1 Inventarisatie oncologienetwerken

Het onderzoek is gestart met een landelijke inventarisatie van de bestaande oncologienetwerken. Deze inventarisatie is in het eerste kwartaal van 2017 uitgezet onder de programmamanagers van de verschillende oncologiecentra van de UMC's. Alhoewel de inventarisatie misschien niet een geheel volledig beeld geeft van alle samenwerkingsverbanden in de oncologische zorg komen hieruit al meer dan 75 verschillende oncologische netwerken naar voren.



Figuur 1.1: Inventarisatie - gedeeltelijk overzicht oncologienetwerken Nederland

De kaart van Nederland zoals getoond in figuur 1.1 maakt inzichtelijk dat er reeds veel netwerken zijn die samenwerken aan optimale oncologische zorg. Notabene, om de kaart overzichtelijk te houden zijn hier de netwerken voor wat betreft de bot- en

wekedelentumoren, hemato-oncologie, hoofd-hals oncologie, huidkanker, longkanker, neuro-endocrine tumoren, neuro-oncologie en schildkliertumoren achterwege gelaten.

Type netwerken / samenwerkingsverbanden

Wanneer we inzoomen op deze meer dan 75 oncologienetwerken dan wordt duidelijk dat er een breed scala aan netwerken is die gelijkenissen maar ook verschillen vertonen. Op basis van een aantal kenmerken kunnen de oncologienetwerken worden onderscheiden en ingedeeld naar type netwerk. Deze kenmerken van netwerken zijn:

- aantal betrokken ziekenhuizen
- betrokkenheid UMC ja / nee
- tumorspecifiek / oncologiebreed
- primair doel netwerk:
 - o.a. kennisdeling, gezamenlijk MDO, gezamenlijke protocollen en zorgpaden
- concentratie behandelingen / concentratie hele zorgtrajecten:
 - o.b.v. beschikbaarheid expertise of dure infrastructuur, volumenormen
- uitruil of lateralisatie van tumortypen over ziekenhuizen
- medisch specialisten in loondienst en/of vrijgevestigd
- per tumorsoort andere samenwerkingspartners
- ODV-model / verwijzingsmodel
- samenwerking vrijblijvend - mondelinge afspraken / geformaliseerd netwerk
- eigen begroting overheadkosten netwerk ja / nee

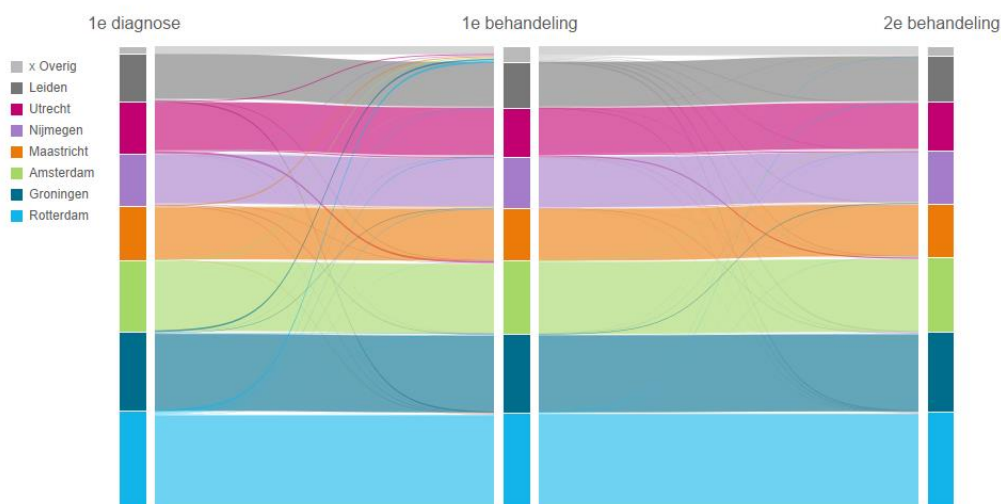
	Aantal samenwerkingsverbanden	Betrokkenheid UMC
Borstkanker	10	70%
Bot- en wekedelentumoren	1	100%
Darmkanker	6	83%
Gynaecologische tumoren	4	50%
Hemato-oncologie	3	67%
Hoofd-halskanker	3	100%
Huidkanker	4	75%
Longkanker	7	43%
Neuro-endocrine tumoren en carcinomen	3	100%
Neuro-oncologie	4	75%
Schildklierkanker	4	75%
Upper GI & HPB	10	90%
Urogenitale kanker	6	83%
Meerdere soorten	12	58%
Totaal	77	73%

Tabel 1.2: Verdeling tumorspecifieke en oncologiebrede netwerken (meerdere soorten)

Uit tabel 1.2 wordt duidelijk dat in veel gevallen een UMC in het netwerk betrokken is. Aanvullend kan worden opgemerkt dat in geografisch opzicht netwerken zelden of nooit over de grenzen van de OOR-regio's⁵ gevormd worden. Dit stemt overeen met het beeld dat is gevonden in de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). Verwijzingen zijn vrijwel altijd binnen OOR-regio's en zelden daarbuiten, zie figuur 1.3.

⁵ In Nederland zijn er acht Onderwijs- en OpleidingsRegio's. Dit zijn regionale opleidingsnetwerken waarin het umc van de regio samenwerkt met de algemene ziekenhuizen en andere onderwijsinstellingen in het gebied.

Bovenregionale doorverwijzingen, 2014 | Alle tumoren



Figuur 1.3: Beperkt aantal verwijzingen tussen OOR-regio's (bron IKNL - NKR)

1.2 Online vragenlijsten

Na de inventarisatie is er in het tweede kwartaal van 2017 een online vragenlijst uitgezet onder de bij de netwerken betrokken artsen, kwartiermakers en managers van de netwerken en/of betrokken ziekenhuisafdelingen. Het hanteren van de vragenlijst had als doel om de in de netwerken levende aandachtspunten te verkennen. De resultaten zijn gebruikt bij de selectie van de netwerken voor de multiple case study en het opstellen van de vragen voor de semigestructureerde diepte-interviews en de voorbereiding hiervan.

1.3 Diepte-interviews multiple case study

Bij de selectie van de in volledige diepte te onderzoeken oncologienetwerken is er rekening gehouden met de hierboven genoemde kenmerken waarop samenwerkingsverbanden van elkaar verschillen. Op basis van een kwadrantenmatrix zijn diverse netwerken geselecteerd, zowel tumorspecifieke netwerken (hoog- en laagcomplex) als oncologiebrede samenwerkingen, kleine (2 ziekenhuizen) tot grote (7+ ziekenhuizen) netwerken, oncologienetwerken waarbij wel en waarbij geen UMC betrokken is en tot slot netwerken in de verschillende regio's. Op deze manier geeft het onderzoek een breed en robuust beeld van de zaken die spelen bij netwerken en de daaraan gerelateerde financieringsaspecten.

In totaal zijn er 35 semigestructureerde interviews gehouden met personen werkzaam in verschillende functies (artsen, casemanagers, managers, financieel- en beleidsmedewerkers) bij in totaal 15 ziekenhuizen in 9 verschillende netwerken en van relevante andere partijen, zoals verzekeraars. Alle gegevens van de interviews zijn geheel anoniem verwerkt waardoor uitkomsten niet herleidbaar zijn naar individuele netwerken en/of individuen. Hiervoor is gekozen om de door de respondenten gevraagde vertrouwelijkheid te kunnen bieden. In één enkel geval wenste een netwerk geen medewerking te verlenen aan het onderzoek omdat zij nog volop bezig waren met het opzetten van het netwerk.

1.4 Rondetafelconferenties

Gedurende het onderzoek zijn twee rondetafelconferenties georganiseerd waarbij vertegenwoordiging vanuit de diverse koepelorganisaties aanwezig was (onder andere NVZ, SAZ, NFU, IKNL, NFK, NZa, en ZN⁶).

Tijdens de eerste bijeenkomst, 30 mei 2017, zijn de eerste uitkomsten en de bevindingen vanuit de inventarisatie en de online vragenlijsten gedeeld en getoetst. Ook zijn toen de mogelijke ontwikkelrichtingen met betrekking tot de financiering van oncologienetwerken en de expertrol binnen MDO's verkennend besproken. De eerste rondetafelconferentie heeft daarmee mede richting gegeven aan het vervolg van het onderzoek.

Dinsdag 6 maart 2018 heeft de tweede rondetafelconferentie plaatsgevonden. Daarbij heeft de projectgroep de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en zijn de belangrijkste conclusies getoetst en bediscussieerd. Enkele deelnemers van de rondetafelconferentie hebben een conceptversie van dit rapport voorzien van waardevolle en constructieve feedback. Op die manier is er beoogd niet alleen een gedegen onderzoeksrapport te presenteren, maar ook een breed gedragen verslag en document op te leveren op basis waarvan vervolgstappen genomen kunnen worden richting financiering en regelgeving die patiëntgerichte regionale samenwerking meer dan nu het geval is faciliteren en stimuleren.

⁶ Zie de appendix voor de lijst van deelnemers.

2. Bevindingen: Oncologienetwerken - organisatie en kwaliteit van zorg

Alhoewel het onderzoek zich primair gericht heeft op financieringsaspecten van oncologienetwerken is er daarnaast ook veel algemene informatie verzameld over oncologienetwerken, over de organisatie van oncologienetwerken en daaraan gerelateerd kwaliteit van zorg van oncologienetwerken. Deze meer algemene onderzoeksresultaten geven de context weer waarin financieringsaspecten geplaatst en geïnterpreteerd dienen te worden en worden in dit hoofdstuk gepresenteerd.

2.1 Historische ontwikkeling van het ontstaan van oncologienetwerken

Zo rond de periode 2005 à 2010 wisten enkele vooruitstrevenden al dat er in de oncologische zorg steeds meer tussen ziekenhuizen samengewerkt zou moeten gaan worden en dat ziekenhuizen bepaalde onderdelen van de oncologische zorg zouden gaan verliezen en wellicht andere delen zouden terugkrijgen. De eerste oncologienetwerken ontstonden rond hoogcomplexen laagvolume tumoren, omdat daarvoor de eerste volumenormen werden vastgesteld en dus de noodzaak tot samenwerking ontstond. Daarnaast was dit relatief makkelijk te realiseren doordat het vanwege lage volumes niet heel bedreigend was voor productie en omzet van de ziekenhuizen. Later kwamen er ook volume- en kwaliteitsnormen voor andere tumorsoorten en zien we dat ziekenhuizen ook meer en meer gaan samenwerken in de hoogvolume tumoren zoals prostaat, mamma en darmkanker. Dit vindt dan vaak plaats in kleinere subregio's. Zo krijgen langzaam maar zeker alle betrokken partijen in de gaten dat er in de organisatie van de oncologische zorg een en ander moet veranderen om kwalitatief goede en toegankelijke oncologische zorg te waarborgen.

2.2 Redenen voor de totstandkoming van oncologische samenwerking

Kwaliteit van zorg

Oncologische zorg is complexe zorg en een gebied waarin voortdurend ontwikkelingen plaatsvinden. Hierdoor is het onmogelijk om als individuele medisch specialist of als individueel ziekenhuis alle nodige kennis bij te houden. Multidisciplinaire samenwerking in grote(re) groepen specialisten is daarom nodig. Vanuit de universitaire centra wordt het daarbij als taak gezien nieuwe kennis beschikbaar te stellen en innovatieve behandelingen aan te bieden in het netwerk.

Om te komen tot het verbeteren van de oncologische zorg, de beste zorg aan elke patiënt te kunnen verlenen en dus ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan is het opstellen van een goed behandelplan door samenwerkende ziekenhuizen cruciaal. Hierbij is de inbreng van alle verschillende expertises, veelal binnen een (regionaal) multidisciplinair overleg (MDO), van groot belang. Ook het onderling afstemmen van zorgpaden en het breder uitzetten van trials, waardoor inclusie van patiënten in wetenschappelijke studies makkelijker plaatsvindt, kan in het netwerk plaatsvinden.

Door dit regionaal goed te organiseren wordt geborgd dat voor iedere patiënt de best mogelijke zorg wordt aangeboden, voor zover mogelijk dicht bij huis.

“De Martini kliniek uit Hamburg wordt natuurlijk te pas en te onpas tevoorschijn gehaald. En terecht ook. Wat zij weten te bereiken, dat als je expertiseteams hebt en per kwartaal de uitkomsten met elkaar bespreekt en steeds weer aanscherpt, wat het effect daarvan is.

Daar hoeft je niet over te discussiëren. Zo ver zijn de meeste netwerken in Nederland nog niet.”

- coördinator oncologienetwerk -

Concentratiebeweging door normering

De beweging tot concentratie wordt gevoed door zowel de i) beroepsverenigingen, ii) verzekeraars, iii) patiëntverenigingen en iv) SONCOS. De eisen die daarbij door de verschillende partijen worden gesteld, en daarmee de noodzaak tot centraliseren, zijn afhankelijk van de tumorsoort. Hogere volumes blijken bij complexe handelingen vaak tot betere uitkomsten te leiden. Als een volumenorm verhoogd wordt leidt dat vaak tot concentratie. En dokters worden op die manier gedwongen om zich steeds verder te specialiseren en samen te werken. Dat vinden ze niet altijd leuk, want ze zijn in de breedte opgeleid en willen vaak het liefst hun vak ook zoveel mogelijk in de breedte uitvoeren. Maar de normering dwingt om te kijken naar kwaliteit. Een norm kan daarbij een stok achter de deur zijn.

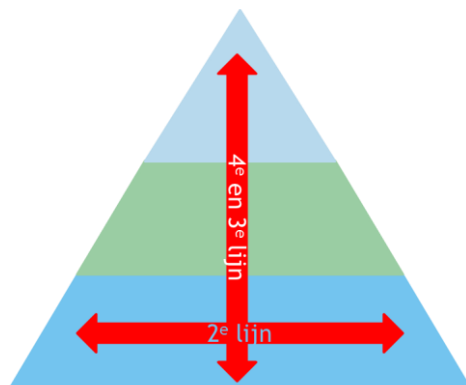
“Die volumenormen daar kun je van alles van vinden, maar het heeft er wel voor gezorgd dat we op sommige punten zijn gaan samenwerken. Gewoon simpelweg omdat het moet. Dat is de andere kant. Soms is zo’n dwangmiddel wel fijn”.

- manager oncologienetwerk -

Binnen ziekenhuizen beseft men dat meegaan in de concentratiebeweging nodig is. Dat is deels een defensieve strategie; anticiperen op het wegvallen van een deel van de zorg indien vereiste volumes niet gehaald worden en daarmee de mogelijkheid dat het ziekenhuis omvalt. Door samen te werken en de vorming van netwerken kan men (deels) zelf de regie houden en de concurrentiepositie verstevigen. Bovendien kan op deze manier zorg in de regio behouden worden, het hele pakket blijft beschikbaar.

Zorg op de juiste plek

Er is een maatschappelijk vraagstuk hoe de beschikbare capaciteit in een regio het beste kan worden ingezet. Dat leidt tot samenwerking. Bijvoorbeeld dat minder complexe onderdelen van zorgtrajecten vanuit een UMC naar de tweedelijns gaan en dat het UMC zich richt op complexe zorg. Reden hiervoor is dat UMCs soms geen of onvoldoende (OK-)capaciteit hebben voor tweedelijns zorg en bij regionale ziekenhuizen is er in sommige gevallen juist sprake van overcapaciteit. In het netwerk wordt de zorg daar geleverd waar die past qua complexiteit, expertise en capaciteiten. Sommige samenwerkingen zijn gestoeld op zo’n tweede-, derdelijns echelonering. Dat is een andere vorm dan tweedelijns klinieken aan elkaar verbinden om de zorgactiviteiten te verdelen op basis van volumenormen.



Figuur 2.1: Samenwerking in echeloneringsmodel tussen 2^e, 3^e en 4^e lijn vs. samenwerking in een lateralisatiemodel tussen 2^e lijns-ziekenhuizen, vaak ontstaan door volumenormen.

Hulpvraag regionaal ziekenhuis

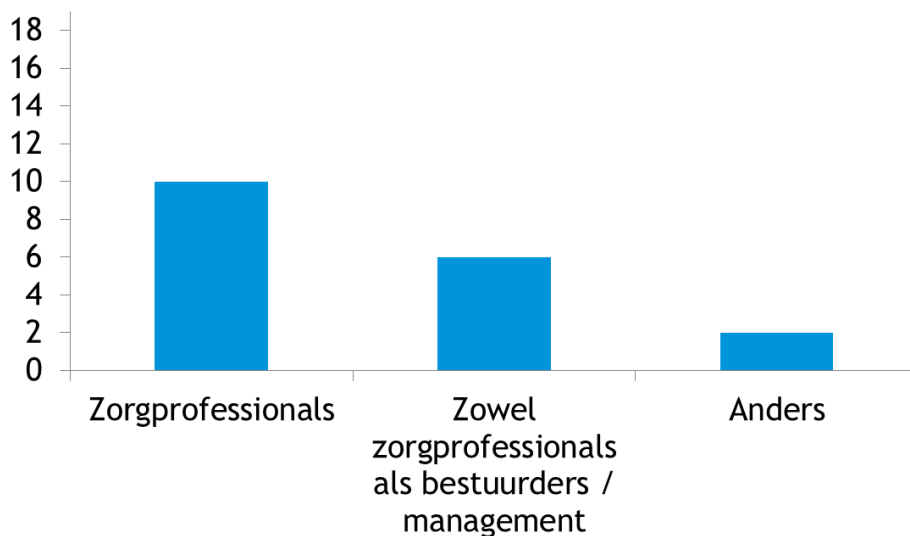
In verband met normering en benodigde expertise en infrastructuur vraagt een kleiner regionaal ziekenhuis soms een groter (universitair) ziekenhuis om hulp, om met inzet van mensen en middelen vanuit het grotere ziekenhuis knelpunten op te lossen waardoor de oncologische zorg kan worden gewaarborgd.

2.3 Ontwikkeelfasen van een oncologienetwerk

Veel netwerken hebben in grote lijnen dezelfde fasering doorlopen. In deze paragraaf worden deze verschillende stadia in chronologische volgorde beschreven.

Initiatief

Het initiatief voor samenwerken tussen ziekenhuizen ligt vrijwel altijd bij de medisch specialist(en), zie figuur 2.2. Een enthousiaste professional met visie is van doorslaggevend belang. Een van bovenaf opgelegde samenwerking blijkt nauwelijks tot geen kans van slagen te hebben. Wel komt naar voren uit de interviews dat een derde partij (bijvoorbeeld een RvB of IKNL) een positieve bijdrage kan leveren aan het door de arts(en) genomen initiatief door de samenwerking bestuurlijk en/of organisatorisch te faciliteren.



Figuur 2.2: Initiatiefnemers van oncologienetwerken

Starten vanuit de inhoud

Op de inhoud vindt men elkaar en netwerken beginnen dan ook vaak vanuit de inhoud, waarbij in veel gevallen de specialisten met elkaar om tafel gaan. In de regel ontstaan samenwerkingsverbanden / netwerken volgens de weg van de geleidelijkheid. Het nemen van een eerste stap in een kansrijke pilot kan helpen om tot succesvolle samenwerking te komen. Het begint vaak met een gemeenschappelijk MDO, of afspraken over gezamenlijke (regionale) zorgtrajecten en de verdeling van zorg. Moeilijke zaken zoals financiering worden vaak niet direct besproken. In de beginperiode ontbreken vaak de gewenste SLA's⁷. Wanneer het primaire proces goed loopt is er (bij de medisch specialist) minder behoefte aan het regelen van het nodige papierwerk en contracten. Bovendien ontbreekt hier ook vaak de ondersteuning en tijd om dit goed te regelen.

Het formuleren van een gemeenschappelijke visie en een bijbehorend plan van aanpak waarin betrokkenen uitspreken wat het beoogde doel is kan als een anker functioneren gedurende het gehele proces.

⁷ Service level agreement.

Aanstellen coördinator/kartrekker, inrichten projectorganisatie

Uit de praktijk blijkt dat het (verder) uitwerken van een visie en een plan van aanpak bij een projectteam onder begeleiding van een coördinator of kartrekker wordt belegd. Geïnterviewden geven aan dat deze aanpak goed werkt. Deze projectgroep kan dan de inhoud inventariseren en/of formuleren. Belangrijk is dat zij het proces van netwerkvorming voorbereiden en zich richten op de inhoud en procesinrichting. Daarbij kan een duidelijke opdracht worden meegegeven.

Het is belangrijk om na te denken over hoe en door wie de (startende) samenwerking gefaciliteerd kan worden. Sommige samenwerkingen (vaak tussen een beperkt aantal ziekenhuizen) hebben hiervoor speciaal aangewezen (staf)medewerkers vanuit de organisaties of vanuit IKNL. Bijvoorbeeld om te faciliteren dat de professionals van de verschillende ziekenhuizen met elkaar in gesprek gaan zodat zij elkaar leren kennen, er transparant gemaakt kan worden wat de uitdaging is, hoe iedereen er in zit, wat iedereen belangrijk vindt. Zorgverzekeraars spelen tot nu toe slechts een zeer beperkte rol bij het faciliteren van oncologienetwerken.

“We gaan het alleen maar hebben over wat het beste is voor de patiënt. Als we hieruit komen, uit deze vergadering, dan hebben we 1 scenario wat het beste is voor de patiënt. En ik had daar een bepaalde werkvorm voor bedacht en dat ging als een speer. En iedere keer als ze afgeden naar hun eigen belang zei ik, ‘Nee, dat doen we niet. Wat is nou het beste voor die patiënt? Stel dat die patiënt jouw moeder of jouw vader is, wat zou je dan het beste vinden?’”.

- manager oncologienetwerk -

In kaart brengen startsituatie en formuleren missie/visie

Ten behoeve van het formuleren van een visie en het maken van bijbehorende afspraken kan een projectorganisatie zich ook bezighouden met het verrichten van analyses; SWOT-analyses, analyse van de regio, bevolkingsontwikkeling, incidentie en prevalentie, en bestaande praktijkvariatie. Of het eerst geheel in kaart brengen van het zorgtraject met een analyse van de bestaande diagnostiek en verwijzingen. Als er grote verschuivingen zijn van patiëntenstromen in een netwerk is dat vaak een heel intensief traject. Soms gaat de coördinator/kartrekker van een netwerk eerst langs alle ziekenhuizen om de zorgtrajecten voor die patiëntencategorie in kaart te brengen, inclusief de knelpunten/risico's. Daarbij kan ook draagvlak worden gecreëerd voor de samenwerking. De uitkomsten hiervan, en de uitkomsten van een eventueel onderzoek naar praktijkvariatie tussen de beoogde deelnemers, kunnen dan worden teruggekoppeld aan de ziekenhuizen tijdens een plenaire bijeenkomst, al dan niet met alle betrokkenen of een afvaardiging van verschillende ziekenhuizen.

Operationaliseren en formaliseren samenwerking

Dit wordt volgens de geïnterviewden vaak onderschat. Nadat de aard en vorm van de samenwerking zijn bepaald volgt een uitwerking op detailniveau. Niet alleen de dokters, maar op alle niveaus binnen de samenwerkende partijen moeten de betrokkenen worden geïnformeerd en voorbereid op de komende veranderingen. Vanuit het onderzoek komt naar voren dat het betrekken van verpleegkundigen, casemanagers, medische administratie, lijnmanagers daarbij een belangrijke succesfactor is. In één netwerk hebben de verpleegkundig consultants veel opgelost in de praktische zaken rond het zorgtraject.

De mate waarin geformaliseerde/(bestuurlijk) ondertekende afspraken zijn gemaakt verschilt. Ook de omvang van de gebieden waarop wordt samengewerkt verschilt. In sommige netwerken wordt alleen het gezamenlijke MDO georganiseerd en gefaciliteerd. Anderen hebben afspraken over taakverdeling, concentratie van behandelingen, gezamenlijke

protocollen, doorlooptijden, diagnostiek en/of trials. Soms tumor-specifiek, andere netwerken zijn opgericht om de hele oncologie gezamenlijk vorm te geven. Nog verder gaan netwerken die monitoren en benchmarken op uitkomst- en procesindicatoren om op basis daarvan gezamenlijk een PDCA-cyclus te doorlopen.

Soms bestaat er wel een gentlemen's agreement, maar zijn er geen afspraken zwart op wit gemaakt. Anderen hebben juridisch getoetste en bestuurlijk ondertekende overeenkomsten, ACM-proof. Als belangrijke aandachtspunten worden genoemd:

- ruime kaders schetsen door de raden van bestuur, zodat daarbinnen professionals de ruimte hebben om de samenwerking vorm te geven;
- processen van besluitvorming bespreken en duidelijk vastleggen.

“Zo zijn sommige samenwerkingsverbanden in deze regio mislukt, omdat ze datgene wat de dokters met elkaar hadden bedacht, de bestuurlijke lijn er niet in hadden meegenomen, dus het was niet van hun [bestuur].”

- projectleider -

Organiseren bestuurlijke betrokkenheid en afbakening

Bestuurlijke betrokkenheid en afbakening volgen vaak pas wanneer het proces van netwerkvorming al deels is vormgegeven door de medisch specialisten. In de praktijk zien we het daarbij weleens misgaan. Als de medisch specialisten te ver op de troepen vooruitlopen kan een uitgewerkt plan onvoldoende (bestuurlijk) draagvlak krijgen. We zien dat het aan te raden is om de lijnorganisaties / de besturen van de verschillende ziekenhuizen voldoende mee te nemen. Op die manier wordt voorkomen dat er geen draagvlak vanuit de bestuurlijke laag of lijnorganisatie is, of dat er plannen worden ontwikkeld die vanwege regelgeving of financiën onuitvoerbaar zijn. Daarom is het wenselijk om plannen met enige regelmaat te laten toetsen, ook op haalbaarheid (o.a. regelgeving NZa en contracten verzekeraars).

Borging

De overgang van projectorganisatie naar een structurele organisatie is moeilijk. Belangrijk is dat in de structurele fase een eigen begroting met structurele financiële dekking is gevonden. Daarmee kan continuïteit in coördinatie, doorontwikkeling en faciliteiten/randvoorwaarden voor netwerkgroepen worden gerealiseerd.

2.4 Bevorderende factoren samenwerking

Elkaar leren kennen

Elkaar leren kennen is belangrijk. Met elkaar spreken over de uitdaging, wat zijn belangen, wat is nodig op het gebied van kwaliteit, veiligheid, continuïteit? Hoe zit iedereen ten opzichte van de volumenor? Wat betekent een en ander voor de samenwerking? Kwaliteit van de relatie wordt heel belangrijk gevonden.

Ook op de werkvloer moet je elkaar goed kennen. Patiënten over en weer verwijzen werkt beter wanneer je elkaar kent. Niet alleen de dokters, maar ook bijvoorbeeld casemanagers en secretaresses. Het is belangrijk lijnen kort te houden en goed met elkaar te communiceren.

Vertrouwen

Wederzijds vertrouwen is een noodzakelijke randvoorwaarde voor geslaagde samenwerking in een oncologienetwerk. Dat wordt zonder uitzondering door alle netwerken aangegeven. Het gezamenlijk leveren van kwalitatief de beste zorg is de drijfveer en er moet onderling vertrouwen zijn dat het vormen van een netwerk niet een manier is om patiënten naar je toe

te trekken. Dat ligt vooral gevoelig bij ziekenhuizen die afhankelijk zijn van productie en inkomsten.

“Meerdere specialisten moeten zich verantwoordelijk voelen voor het proces. Anders kom je niet veel verder. Ook al maak je harde afspraken”

- manager samenwerking -

Informatie en communicatie

Alle betrokkenen moeten worden meegenomen in het proces. Vaak is er een projectteam dat alle informatie deelt, maar het is aan te raden ook een grotere verzendlijst van betrokkenen te maken voor periodieke update.

Duidelijke afspraken rond echelonnering van het MDO in het netwerk

De meeste netwerken hebben een gezamenlijk tumorspecifiek MDO. De SONCOS-norm dat je een goed MDO moet hebben, wekelijks, waarbij alle patiënten besproken moeten worden in aanwezigheid van verschillende medische specialisten is voor sommige netwerken een stok achter de deur bij het regionaal MDO en netwerkvorming. Netwerken geven aan dat het gezamenlijk MDO heel waardevol is, waar iedere week de professoren van het UMC of experts van het STZ ziekenhuis bij zijn. De multidisciplinaire interactie leidt tot meerwaarde voor de patiënt. Behandelaren kunnen er al hun vragen neerleggen, ook bij de meest exceptionele patiëntcasussen. Het lukt vaker om patiënten te includeren in studies en dat is winst voor de patiënt en het UMC.

Moeilijke vraagstukken kunnen vaak ook worden voorgelegd aan het MDO van een expertisecentrum (meestal UMC) voor advies. Als deze onderdeel is van het netwerk kan dit snel en goed worden georganiseerd. Een second opinion in een ander ziekenhuis vindt de patiënt dan meestal niet meer nodig.

Processturing en inrichting netwerkorganisatie

In het begin is een kartrekker of kwartiermaker(s) nodig, die helpt om te komen tot afspraken over zorginhoud, maar ook over structuur en verantwoordelijkheden van een netwerk. Ook geven netwerken aan dat ze vanaf het begin patiëntvertegenwoordiging hebben betrokken bij het opzetten van het netwerk.

Het zorgproces moet vervolgens in de verschillende ziekenhuizen worden gefaciliteerd vanuit een procesgerichte aansturing, in een complex netwerk met multidisciplinaire samenwerking. Dat vraagt andere capaciteiten van een netwerkmanager dan van een lijnmanager. Dat gaat dwars door de organisatie en de bestaande verantwoordelijkheidsstructuur en hiërarchie heen. Dat kan bijten. Een netwerkmanager moet kunnen omgaan met conflicten en kunnen investeren in relaties en het bouwen van vertrouwen in de groep. Ook dient de netwerkmanager kennis te hebben van bijvoorbeeld juridische en financiële aspecten van de samenwerking in netwerken.

Voor duurzame samenwerking is afstemming op verschillende niveaus nodig: op specialisme/tumorwerkgroep-niveau, op oncologiecommissie/oncologiecentrumniveau en op bestuurlijk niveau. Professionals zijn vaak ‘in the lead’, maar je moet ook met de lijnorganisatie overleggen over wet- en regelgeving, NZa, ACM en dergelijke. Als je iemand van de lijnorganisatie erbij betreft, heb je andere soorten kennis aan tafel en daardoor kun je voorkomen dat je al heel ver een bepaalde kant optrekt en erachter komt dat je geen draagvlak hebt vanuit bestuur / lijnorganisatie. Zo zijn sommige samenwerkingsverbanden mislukt, omdat wat de dokters met elkaar hadden bedacht, door bestuurders niet akkoord werd bevonden.

Regie, ondersteuning en financiering oncologienetwerk

Oncologienetwerken geven aan beter gefaciliteerd te willen worden, bijvoorbeeld in videoconferencing, beveiligde realtime informatie- en beelduitwisseling, verslaglegging. Daarnaast is (vergoeding voor) een manager van het oncologienetwerk een kritische succesfactor, iemand die niet per se medisch inhoudelijk is. Ook een secretaresse is nodig om mensen om de tafel te krijgen, en een verpleegkundig specialist of een casemanager om te zorgen dat de patiënt van A naar B komt en de patiënt een aanspreekpunt heeft. Want een dokter bedenkt het wel, maar degenen die dit proces stroomlijnen en implementeren zijn hele andere mensen en die zitten tot over hun oren in het dagelijkse werk. In de meeste netwerken is het de vraag hoe deze randvoorwaardelijke zaken gefinancierd kunnen worden.

Goed nadenken over de omvang van het netwerk en de samenwerkingsvorm

Hoe bepaal je de omvang van een CCN? De buitenste ziekenhuizen weglaten? Ziekenhuizen die aan de rand van een regio gevestigd zijn werken vaak samen met verschillende netwerken. Hoe ga je daar mee om? Sommige netwerken geven aan dat een netwerk dynamisch is, er kan geen hek omheen geplaatst worden. Andere netwerken zitten in een regio waar de lijnen en begrenzing duidelijker zijn, waardoor het “hek” wel geplaatst kan worden.

De meeste netwerken zijn projectorganisaties, of geformaliseerde samenwerkingsverbanden met een overeenkomst. Is er een reden om voor een BV te kiezen? Soms wordt hiervoor gekozen vanwege de zeggenschap. Het is daarbij een rechtspersoon met niet-vrijblijvende samenwerking. Dat is anders dan een project, ‘want een project hangt maar los in de lucht en dat heeft geen wortels’.

Merksnaam en identiteit

Bekendheid van en respect voor het netwerk bij de patiënt en verwijzers is belangrijk. Bijvoorbeeld dat patiënten aangeven dat ze liever naar een bepaald ziekenhuis gaan, want dan weten ze dat het in een groter samenwerkingsverband zit. Met een goede ‘branding’ van een netwerk met een merksnaam wordt opgemerkt dat zo’n identiteit gaat ontstaan voor patiënten en huisartsen.

Werken vanuit één team: Arbeidsmarkt, detacheringen en inkomensverschillen

De arbeidsmarktpositie van ziekenhuizen in delen van het land is slecht. Dat dwingt tot samenwerking. Een UMC neemt bijvoorbeeld personen aan en detachert die voor een deel van de tijd naar de periferie. Bevorderend daarbij is dat de professionals elkaar goed kunnen vinden en dat er geen inkomensverschillen zijn. Dus dat niet de een voor hetzelfde werk veel meer betaald krijgt dan de ander in de samenwerking. De samenwerking van een UMC met een partnerziekenhuis struikelde op het vrijgevestigd zijn bij het partnerziekenhuis versus het in loondienst zijn bij het UMC.

De meeste netwerken bepleiten te werken vanuit één team in het netwerk. Als je één team bent en je komt als arts op meerdere locaties, dan worden de verschillen duidelijk en is kennisoverdracht mogelijk. Hiervoor bestaan vaak detacheringen over en weer.

2.5 Overige aandachtspunten

Naast de diverse fasen van ontwikkeling van een oncologienetwerk en de verschillende bevorderende factoren komen vanuit de interviews nog een tweetal aandachtspunten naar voren; patiëntparticipatie en benchmarking. Deze worden in deze paragraaf kort behandeld.

Patiëntparticipatie

Enkele geïnterviewden geven aan dat door goede samenwerking de effectiviteit van behandelingen toeneemt, mensen langer overleven en er een hele andere verhouding ontstaat tussen professionals en patiënten. De vraag is hoe patiëntparticipatie in dit soort samenwerkingen geborgd wordt? En hoe kan worden gekomen tot regionale samenwerkingsverbanden waarin patiënten echt een medebepalende rol krijgen?

Kwaliteitsmeting en benchmarking

Meting van processen, uitkomsten en ervaringen van het regionale netwerk is volgens respondenten belangrijk. Elk netwerk zou moeten werken met een zorgmonitor, met oncologische uitkomstmaten, maar ook kwaliteit van leven. Vaak gebeurt dit nog niet op netwerkniveau, onder meer omdat de IT-ondersteuning er niet is. Afspraken over gestructureerde vastlegging, datasets, koppelingen tussen EPD's zijn randvoorwaardelijk. Wat je zou willen is dat de kwaliteit van zorg met elkaar vergeleken wordt, zodat je er ook van kunt leren. Als je onderscheid kunt maken tussen kwaliteit van zorg in de diverse ziekenhuizen en in de netwerken en je bent bereid om daarvan te leren, dan kan regionaal en landelijk de kwaliteit omhoog worden gebracht. Kwaliteitstoetsing, transparantie naar buiten, verbetering resultaten, meer patiënten in studies, dat zijn belangrijke ontwikkelpunten van netwerken.

2.6 Belemmerende factoren samenwerking

“Leuk besluit, maar wij gaan wel even bekijken wat dat voor onze bedrijfsvoering betekent”

- MSB over netwerksamenwerking -

Belemmering bij transitie van zorg en productieverlies

Uit het veldonderzoek komt zeer duidelijk naar voren dat mogelijk verlies van productie een belangrijke belemmering kan zijn voor (de vorming van) oncologienetwerken. Vanuit breed perspectief wordt dit aspect als een knelpunt benoemd. Zowel voor de medisch specialist zelf als de vakgroep, maatschap, eventuele coöperatie van maatschappen of het medisch specialistisch bedrijf (MSB) waar hij/zij deel van uit maakt, als ook voor bestuurders van ziekenhuizen, is omzetverlies een belangrijke factor. Het gaat soms niet over de inhoud of kwaliteit van zorg, maar over geld, gunnen en ego's. Onze gezondheidszorg heeft zo een inadequaar financieel systeem. Het geeft heel veel prikkels om de zorg op de verkeerde plek te leveren. Iedereen wordt afgerekend op productie, en niet op zorguitkomsten. Je zou op de kwaliteit moeten kunnen sturen, maar op het moment dat daardoor grote patiëntenbewegingen gaan ontstaan, die echt financiële impact hebben op productie, omzet en inkomen, dan wordt het lastig.

‘Je zou op de kwaliteit moeten kunnen sturen, maar op het moment dat daar heel grote bewegingen gaan ontstaan, die echt financiële impact hebben op eigen inkomen, dan wordt iedereen wel strijdbaar. ‘

- medisch specialist -

Ook werkinhoudelijk is het loslaten van behandelingen en delen van het zorgtraject voor artsen vaak moeilijk. Als duidelijk uit indicatoren blijkt dat ze het minder goed doen, dan is men wel geneigd om dingen los te laten. Maar de meeste artsen zijn ervan overtuigd dat ze goede zorg leveren, en zo zwart-wit is het verschil ook niet altijd aan te tonen in de data. De relatie tussen volume en kwaliteit is niet altijd significant.

UMCs willen de tweedelijns zorg wel kwijt, maar daar niet over afrekenen middels onderlinge dienstverlening. Als ze facturen moeten betalen voor het uitplaatsen van tweedelijns zorg

dan hebben ze nog steeds geen ruimte voor complexe zorg. Andersom, als een perifeer ziekenhuis een deel van de complexe zorg moeten loslaten waar een hoge vergoeding tegenover staat, en deze krijgt er iets voor terug wat minder oplevert, dan heeft de ziekenhuisbestuurder een probleem.

Belemmeringen patiënt door taakverdeling in oncologienetwerken

Een nadeel van samenwerking in een netwerk kan zijn dat de patiënt meer moet reizen en wisselende behandelaars heeft. Een deel van de complexere en duurdere onderdelen van zorg is in netwerken meestal geconcentreerd in één ziekenhuis. Minder complexe onderdelen van het zorgpad wil men juist zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren. Patiënten willen vaak wel reizen als ze ergens anders betere zorg kunnen ontvangen. Dan moet men wel kunnen aantonen wat de kwaliteit is.

Het nadeel van verdere concentratie is verder dat je eerst moet weten welke aandoening/tumor iemand heeft. Dan wordt toch eerst van alles onderzocht in het ziekenhuis om de hoek. Dat kan langer duren wanneer de kennis en ervaring elders geconcentreerd is. Dat is een ingewikkeld dilemma.

2.7 Belemmeringen in Zorgstelsel, wet- en regelgeving

Zorgstelsel

Ons zorgstelsel is ingericht op het betalen van productie, op marktwerking en lijkt samenwerking niet goed te faciliteren. Het financieringssysteem is gericht op ziekenhuizen en specialisten, op volume, zonder kwaliteitsprikkels. Er zijn heel veel mooie samenwerkingsinitiatieven, maar als we naar een ketenzorgmodel gaan, moet ook de financiering aangepast gaan worden. In hoofdstuk 4 wordt hier nader op ingegaan.

Mededinging

Mededinging en juridische kwesties/aansprakelijkheid worden als belemmerend ervaren: hoe maak je nou inzichtelijk dat je de toegankelijkheid van zorg niet beperkt? Er wordt soms een belemmering opgeworpen door te zeggen dat de ACM niet akkoord zal gaan. Maar het is de vraag of er in die gevallen wel gesproken is met de ACM. De ACM-regels worden soms ook gebruikt door critici van samenwerking om zich achter te verschuilen, zodat er niets gebeurt.

De regel dat je productie-, prijs- en omzetgegevens van vorig jaar niet mag delen met elkaar werkt belemmerend als netwerken uitkomsten willen meten en willen kijken wat het kosteneffect en het kwaliteitseffect is van de behandeling in het netwerk. Delen en aggregeren van data is vanuit value-based health care van groot belang in een netwerk, om kort-cyclisch te kunnen verbeteren.

Privacywetgeving en datalekken

Voor het goed functioneren van oncologienetwerken is snelle en veilige uitwisseling van beelden op diagnostische kwaliteit en patiëntgegevens randvoorwaardelijk. Vaak worden ICT-systemen niet ontsloten vanwege de privacywetgeving. Naast privacywetgeving speelt de vraag 'wie investeert erin'?

NZA-regels bij registratie en declaratie

NZA-regels blijken soms wel voor meerdere uitleg vatbaar en ook op verschillende manieren te worden toegepast in de praktijk. Zie hiervoor hoofdstuk 3.

Er is een groot gat tussen zorgprofessional enerzijds en wat volgens financiële regelgeving mag anderzijds. Nu overheerst het gevoel dat de systeemwereld de professionele wereld dicteert.

- manager -

Regels rond (volume-)normen

Volumenormen gelden nog steeds per instelling. Uit enkele interviews blijkt dat het wellicht beter zou zijn als deze gaan gelden per specialist of samenwerkingsverband. Maar dat blijft ook lastig, want er zijn veel vormen van samenwerking en daar wil bijvoorbeeld de vereniging voor Heelkunde zich niet in uitspreken.

Soms werkt het netwerk als één team dat één getal wil aanleveren bij IGJ, maar IGJ kijkt alleen naar de locatie van de operatie. Wanneer een UMC-chirurg veel van de operaties uitvoert in een partnerziekenhuis, zou dat op termijn kunnen betekenen dat deze in het UMC geen patiënten meer mag opereren, omdat het volume van de instelling onder de norm zit. Echter, sommige patiënten worden met een reden in een UMC geopereerd. Misschien niet puur vanwege de karakteristieken van hun kanker, maar misschien wel vanwege comorbiditeit van de patiënt.

Aansprakelijkheid

Juridisch dient men rekening te houden met de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid bij een calamiteit. Wie is aansprakelijk bij transitie van zorg? Wordt de onderaannemer door de IGJ (mede)verantwoordelijk gehouden voor het hele traject? De IGJ redeneert in principe zo, dat in geval van onderlinge dienstverlening de hoofdaannemer de medische verantwoordelijkheid draagt. Reden: de hoofdaannemer kiest een partner, en moet ook bij de onderaannemer de kwaliteit garanderen.

2.8 Rol van IKNL

Organisatie en financiering van (consulenten in) MDO's

Het MDO wordt gezien als een bouwsteen van regionale samenwerking. IKNL besteedt een deel van het budget dat zij vanuit VWS krijgt om experts die vanuit tertiaire centra consulten verrichten in regionale MDO's te vergoeden. IKNL gaat samen met de belangrijkste stakeholders kijken of je ook naar andere MDO-modellen of echeloneringsmodellen zou kunnen komen. Zijn er niet bijvoorbeeld bepaalde patiëntengroepen te definiëren die wellicht in een 'MDO light' kunnen worden besproken, omdat die patiëntengroepen qua tumorstadium en performancestatus laagcomplex zijn? In het nieuwe model worden ook de consultdiensten meegenomen; hoe gaan we dat verder vormgeven, waar zet je bepaalde expertise in?

Rol bij netwerkvorming

IKNL zet procesbegeleiders in bij regionale netwerktumorgroepen. Bij netwerkvorming kunnen zij ondersteuning bieden door middel van relevante tumorspecifieke kennis en NKR data. Met raden van bestuur, medisch specialisten en met oncologiestructuurcommissies gaan ze in gesprek om een samenwerking van de grond te krijgen. In het verleden hebben ze verschillende regionale Managed Clinical Networks (MCN's) helpen vormgeven. De uitdaging is te komen tot een aantal Comprehensive Cancer Networks (CCN's). Dat staat ook in het koersboek beschreven.

Kennis- en kwaliteitsinstituut

Alle kankerpatiënten in Nederland worden geregistreerd binnen de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). IKNL gaat langzaam van het registreren van de primaire behandeling naar meer een lifeline registry. In de ziekenhuizen wordt geregistreerd en IKNL geeft analyses terug aan de ziekenhuizen om te laten zien wat en hoe ze dat doen. Eerst op ziekenhuisniveau en steeds meer op niveau van samenwerkende ziekenhuizen. Zodat men van elkaar kan leren op basis van benchmarking. Door middel van de NKR-analyses probeert IKNL te ondersteunen bij de regionale samenwerking, om de zorg voor de patiënt beter te maken.

Informatie over studies: www.kanker.nl is een informatiebron waar zoveel mogelijk landelijk verzameld wordt over lopende trials. Deze vult het INKL met informatie over die studies.

2.9 Rol van zorgverzekeraars

Faciliteren netwerkvorming door verzekeraars

Hoe kunnen zorgverzekeraars oncologienetwerken faciliteren of ondersteunen? Dat blijkt niet makkelijk te zijn. Ziekenhuizen hebben een plafond of een aanneemsom en willen er wel budget bij hebben, maar niet iets inleveren.

Een ziekenhuis maakt jaarlijks een offerte, met de verwachting van het aantal patiënten. Daarop wordt een jaarafpraak gemaakt. Als volumes gedurende de looptijd van de jaarafpraak gaan groeien dan is dat budget vaak niet aan te passen. Verschuiven van budget wil een verzekeraar wel als twee ziekenhuizen daar onderling overeenstemming over hebben. Als duidelijk is welk deel van de zorg én van het budget partijen willen overhevelen van de een naar de ander. Maar dat zie je in de praktijk niet gebeuren.

Welke rol hebben de verschillende zorgverzekeraars gespeeld bij het tot stand komen van het oncologienetwerk? Deze vraag is aan meerdere netwerken gesteld. Het antwoord was meestal: geen. Men vindt wel dat zorgverzekeraars samenwerking moeten stimuleren. Voor mededingingsvraagstukken is de instemming, of in ieder geval het stilzwijgend ondersteunen door de zorgverzekeraar nodig. Omdat de zorgverzekeraar in het stelsel wordt gezien als degene die de zorgplicht heeft en dus ook de verantwoordelijkheid heeft om daar regisserend in op te treden.

Verzekeraars sturen bijvoorbeeld in de meerjarencontracten die ze in hun kernwerkgebieden hebben. Alleen dat is breder dan oncologie en breder dan alleen in netwerken. Wat past nou het beste, de juiste zorg op de juiste plaats en dan ook nog onder de juiste financiële afspraken. In de afspraken tussen UMCs en verzekeraars geldt de gezamenlijke inspanningsverplichting om te zorgen dat niet-academische zorg zo veel als mogelijk verplaatst gaat worden naar de periferie. Maar verzekeraars denken niet dat zij een hele landkaart van Nederland kunnen invullen met we willen dit hier en willen dat daar.

Doorzettingsmacht

De doorzettingsmacht van de verzekeraar is sterk ingeperkt. Bij de start van dit stelsel was voor de zorgverzekeraar een veel grotere doorzettingsmacht voorzien, maar in de loop van de tijd zijn er steeds meer belemmeringen voor opgeworpen. Eén ervan is bijvoorbeeld is dat je toch verplicht bent om niet-gecontracteerde zorg voor een groot deel te vergoeden.

Voor kwaliteit is het misschien wenselijk om toe te werken naar concentratie van bepaalde complexe onderdelen van oncologische zorg in klinieken met experts die een hoog volume verwerken. Verzekeraars hebben echter geen goedkeuring gekregen van de ACM voor landelijke concentratie van prostatectomieën door deze alleen nog maar in te kopen op twee locaties volgens afgestemd beleid.

Selectieve inkoop is eigenlijk het meest vergaande stuurmiddel voor zorgverzekeraars. Natuurlijk proberen verzekeraars ook met prijsbeleid wel tot keuzes te komen. Maar het is niet zo dat ze zich zo machtig voelen dat ze tegen de ziekenhuizen zeggen: jullie moeten met ziekenhuis X samenwerken want dat vinden wij goed. Ze laten het aan ziekenhuizen om de keuze te maken. Wel vinden verzekeraars het van belang dat er in netwerken wordt geparticipeerd.

Sturen op kwaliteit in relatie tot kosten

Verzekeraars geven aan: als het vormen van een netwerk leidt tot een kwaliteitsverbetering, volgen wij de zorgprofessionals. Verzekeraars zoeken naar manieren om zicht te krijgen op

de kwaliteit die netwerken bieden, ook in relatie tot individuele ziekenhuizen. Hoe weet je dat de patiënt de beste zorg krijgt? Hoe maak je kwaliteit meetbaar? En als de zorg in netwerken wordt uitgevoerd gaan verzekeraars op enig moment rekenen. Hoe zit het nu met de financiën, want betaal ik nu niet dubbel voor dezelfde DOTs? En leidt netwerkzorg dan niet uiteindelijk tot meerkosten?

Wensen van oncologienetwerken ten aanzien van rol verzekeraars

Respondenten benoemen verschillende onderdelen waar ze een grotere (financiële) rol zouden wensen voor verzekeraars:

- Een netwerk zou graag willen dat de verzekeraars investeren in de benodigde IT-infrastructuur van het netwerk. XDS voor beeld- en informatie-uitwisseling, My Prostate, My Colon van Philips. In gesprek met verzekeraars blijkt dat niet mogelijk. Het is aan de ziekenhuizen om dit soort investeringen te doen.
- Ontwikkeling van ketenbrede financiering, bundled payments, shared savings. Bijvoorbeeld bij bekkenbodempatiëntiek wordt ergens een soort pacemaker geïmplant, zodat de patiënt prikkels krijgt om weer continent te worden. Een pacemaker kost veel geld. Maar je hebt geen luiers meer nodig. In drie maanden tijd is die pacemaker terugverdiend. Maar de respondent mag de kosten voor zijn onderdeel in het proces niet verhogen. De totale kosten in de keten zijn daardoor hoger en de kwaliteit lager.
- Een manager van een netwerk wil graag vanuit het netwerk onderhandelen met de zorgverzekeraar over de vergoeding van een dure operatietechniek. Nee, zegt die zorgverzekeraar, ik onderhandel alleen maar met de individuele instituten.

Contracteren instellingen in plaats van netwerken

Verzekeraars hebben nu geen formele verhouding met een regionaal samenwerkingsverband. Daaropvolgend ook geen controlerende rol. Ze hebben die rol alleen naar de individuele ziekenhuizen. Als een ziekenhuis zorg levert die niet voldoet aan kwaliteitseisen, dan hebben zij richting dat ziekenhuis een formele positie en kunnen ze de consequenties daarvan oppakken. Dit neemt niet weg dat verzekeraars graag vanaf het begin betrokken worden bij regionale samenwerkingsverbanden. Dat voorkomt ook dat er dingen in de steigers worden gezet die later niet blijken te passen binnen het stelsel.

3. Bevindingen: Financiering

Medeauteur: Mr. Jenneke Boerman MSc MBA

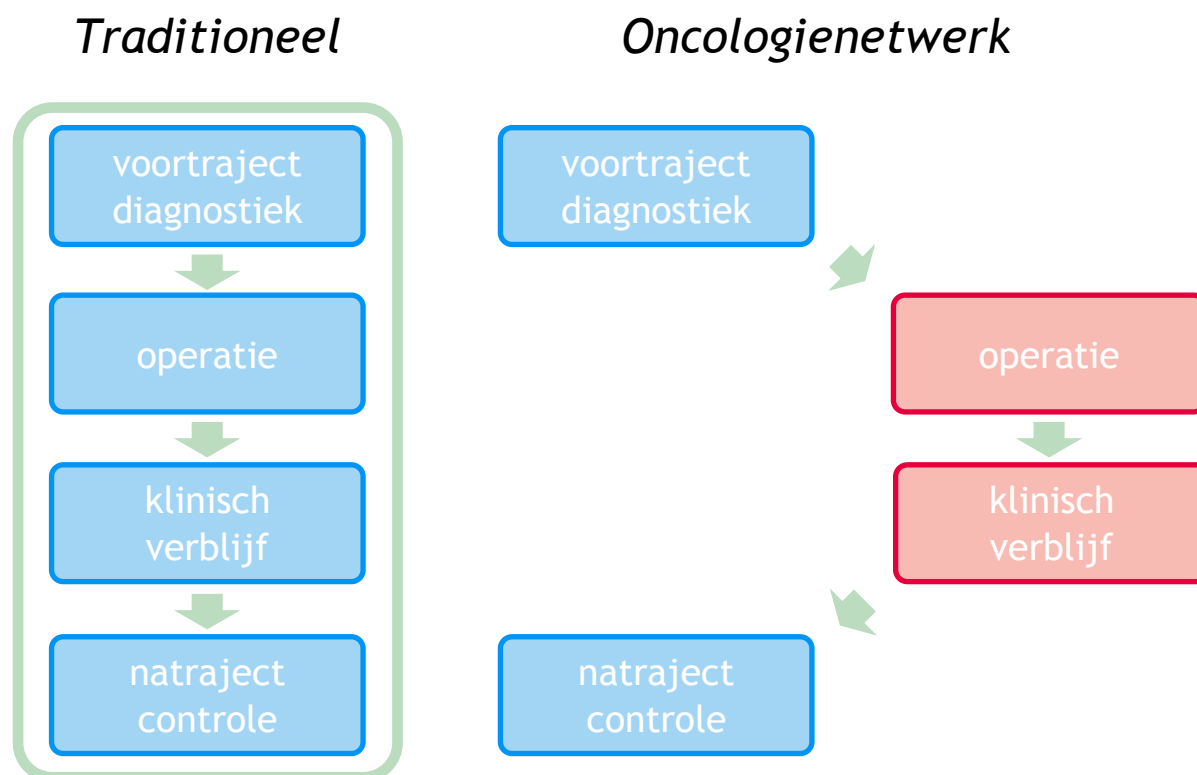
Uit het onderzoek komt naar voren dat oncologienetwerken wat financiering betreft op vier deelterreinen verschillende belemmeringen ervaren. Allereerst voor wat betreft de bekostiging van de patiëntenzorg, er worden nadrukkelijk belemmeringen ervaren bij de registratie en declaratie van het primaire proces. Ten tweede is de financiering van de algemene kosten en de organisatiestructuur van een oncologienetwerk een onderwerp waar veel netwerken zoekende zijn. Het derde punt waarvan netwerken aangeven dat er actie op ondernomen moet worden is de financiering van het MDO en de expert opinie. Tot slot komt naar voren dat ook de prikkels in het zorgstelsel een grote rol spelen in mogelijke financiële vraagstukken van samenwerkingsverbanden in de oncologische zorg. In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van het veldonderzoek voor wat betreft de eerste drie onderwerpen één voor één uitgewerkt. Prikkels afkomstig van het zorgstelsel en hun invloed op zorguitkomsten worden kort geadresseerd in hoofdstuk 4. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden nog enkele losse aandachtspunten beschreven.

Belangrijk is om te benadrukken dat in dit rapport de door oncologienetwerken *ervaren* financiële belemmeringen worden gedeeld. Of dit ook daadwerkelijk onoverkomelijke belemmeringen zijn kan in sommige gevallen bediscussieerd worden. Bij bijvoorbeeld NZa-regelgeving met betrekking tot registreren en declareren van dbc's kan interpretatie door een netwerk leiden tot een belemmering terwijl een ander netwerk dezelfde regelgeving anders interpreteert en de belemmering daardoor niet ervaart. Of er wordt een belemmering ervaren die an sich niet met de inrichting van werkprocessen binnen het oncologienetwerk te maken heeft, maar ook bij een andere inrichting van de zorg en/of een ander netwerkmodel ervaren zou worden.

In de voorbeelden en schematische weergaven van dit hoofdstuk, wordt steeds het geval belicht waarbij een patiënt in een ziekenhuis binnenkomt waar diagnostiek wordt verricht, waarna een operatie volgt in een ander ziekenhuis. Eventueel gaat daarna de patiënt weer terug naar het eerste ziekenhuis voor aanvullende behandeling. Het elders uitvoeren van de operatie is een willekeurig voorbeeld van hoe een zorgtraject in netwerkverband er uit kan zien. Het gestelde in dit hoofdstuk is op dezelfde manier van toepassing wanneer het zou gaan om bijvoorbeeld een systemische behandeling.

3.1 Bekostiging patiëntenzorg

Binnen de ziekenhuiszorg is het doorgaans gebruikelijk dat een zogenaamd zorgpad in zijn geheel plaatsvindt binnen één zorginstelling. De bij de te leveren zorg behorende dbc wordt geopend en vervolgens wordt het resulterende zorgproduct gedeclareerd door één enkele zorgaanbieder. In oncologienetwerken vinden delen van het zorgpad echter plaats bij verschillende zorginstellingen. De operatie en het klinisch verblijf bijvoorbeeld worden in een ander ziekenhuis uitgevoerd dan het poortziekenhuis waar de patiënt zich met een zorgvraag oorspronkelijk heeft gemeld, zie figuur 3.1.



Figuur 3.1: Traditioneel zorgpad versus een zorgpad in een oncologienetwerk

Vanuit de inventarisatie en het veldonderzoek komen drie basismodellen voor de inrichting van de administratieve en financiële afhandeling van in een oncologienetwerk geleverde zorg naar voren. De drie varianten waarin de bekostiging van het primaire proces binnen een oncologienetwerk kan worden ingericht zijn:

- I. Onderlinge dienstverlening (ODV)
- II. (Formele) verwijzing
- III. Autonomoos netwerk / integrale bekostiging

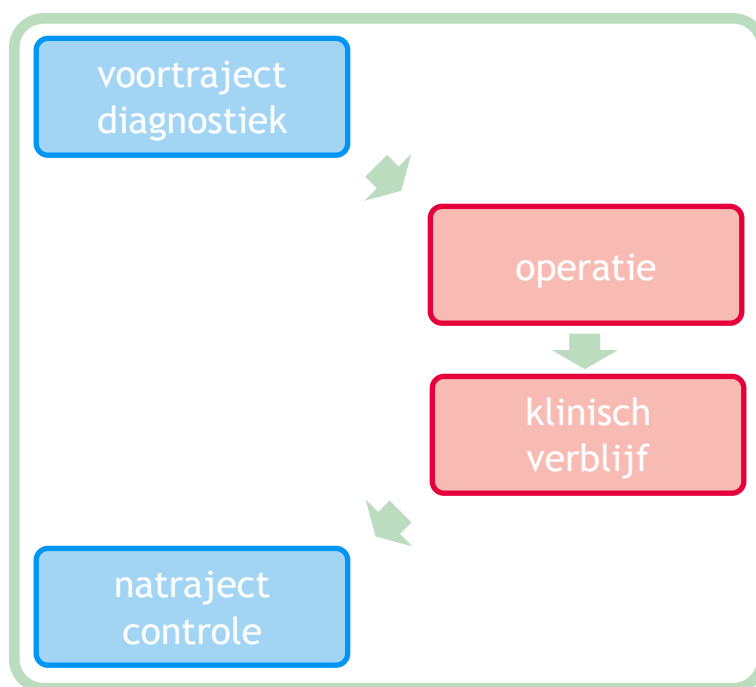
Onderlinge dienstverlening en verwijzing zijn modellen waarbij er geen sprake is van een zelfstandig rechtspersoon separaat van de in het netwerk deelnemende ziekenhuizen. Bij een autonoom netwerk is daar wel sprake van.

Daarnaast, bij elk van de modellen zijn er detailverschillen mogelijk. De precieze manier waarop netwerken hun gezamenlijke zorgpaden inrichten en het moment waarop zij patiënten van het ene ziekenhuis naar het andere ziekenhuis laten overgaan, verschillen. Deze verschillen kunnen enige invloed hebben op de mate waarin belemmeringen worden ervaren en regelgeving eventuele restricties oplegt.

Voor elk van deze modellen zijn de belemmeringen geïnventariseerd. Ook zijn de door de netwerken genoemde belemmeringen ten gevolge van de huidige NZa-regelgeving besproken met de Nederlandse Zorgautoriteit. De meest prangende belemmeringen en de (voorlopige) conclusies ten aanzien van deze regelgeving worden hieronder per model aangegeven.

I. Onderlinge dienstverlening (ODV)

Bij onderlinge dienstverlening⁸ is één van de ziekenhuizen in het oncologienetwerk hoofdaannemer⁹ voor het gehele dbc-zorgtraject. Bij inrichting met behulp van ODV is er dus maar één ziekenhuis dat een zorgtraject opent en dbc-zorgproducten declareert. Wanneer een patiënt delen van dit zorgtraject in een ander ziekenhuis moet ondergaan besteedt de hoofdaannemer deze delen van het zorgtraject middels een verzoek uit bij andere ziekenhuizen in het netwerk. Een patiënt wordt dus niet formeel verwezen, de hoofdaannemer blijft gedurende het hele zorgtraject financieel administratief gezien de (enige) hoofdbehandelaar.



Figuur 3.2: ODV - één zorgproduct gedeclareerd door de hoofdaannemer

Binnen dit model zijn twee varianten denkbaar:

- *Variant A: het poortziekenhuis is hoofdaannemer, het ziekenhuis waar de operatieve ingreep plaatsvindt is onderaannemer*
- *Variant B: het poortziekenhuis is onderaannemer, het ziekenhuis waar de operatieve ingreep plaatsvindt is hoofdaannemer*

De conclusie ten aanzien van de huidige regelgeving is dat variant B, een ander ziekenhuis dan het poortziekenhuis als hoofdaannemer, niet is toegestaan. In dit onderzoek komen echter wel beide varianten naar voren. Hier is er dus sprake van discrepantie tussen de regelgeving en de gang van zaken in de praktijk. Vanuit het onderzoek komt verder naar

⁸ Zie voor de NZa begripsbepaling bijlage A, met daarin de relevante delen van REGELING NR/REG-1816 - Regeling medisch-specialistische zorg, *Nederlandse Zorgautoriteit*.

⁹ De NZa gebruikt in haar regelgeving niet de termen hoofd- en onderaannemer, maar onder andere de begrippen hoofdbehandelaar, eigen patiënt, eigen zorgverlener en onderlinge dienstverlening (zie bijlage A voor de verschillende definities). In dit rapport worden de begrippen hoofd- en onderaannemer in economische zin bedoeld. De hoofdaannemer is het ziekenhuis dat een rechtstreekse contractrelatie heeft met de zorgverzekeraar en daarom de integrale tarieven behorende bij de als netwerk geleverde dbc-zorgproducten aan de zorgverzekeraar in rekening brengt (declareert). Een ziekenhuis dat in opdracht van de hoofdaannemer / op verzoek van de hoofdbehandelaar een deel van de zorg uitvoert is onderaannemer. De door dit ziekenhuis geleverde zorg wordt middels onderlinge dienstverlening bij de hoofdaannemer in rekening gebracht. Er is voor wat betreft de als onderaannemer geleverde zorg dus geen sprake van een contractrelatie tussen de onderaannemer en de zorgverzekeraar.

voren dat er een concrete casus is waarbij de NZa de van toepassing zijnde regelgeving nader heeft geduid. Door deze uitzondering is het oorspronkelijk ervaren knelpunt, bij ODV dient het poortziekenhuis hoofdaannemer te zijn, weggenomen en is het ziekenhuis waar de operatieve ingreep plaatsvindt dus hoofdaannemer. De generale regel blijft echter dat variant B niet is toegestaan.

Vanuit mededingingsoogpunt zou juist kunnen worden betoogd dat variant B in sommige gevallen de meer logische optie is. Dit omdat het voor- en het natraject over het algemeen relatief beperkt zijn in kosten, en het operatieve en klinische deel juist het merendeel van de kosten met zich meebrengt. In zo'n geval lijkt het logischer om juist het ziekenhuis waar de operatie en ligdagen plaatsvinden contractpartij van de verzekeraar te laten zijn.

Naast het hierboven genoemde knelpunt voortkomende uit de regelgeving zijn er ook een aantal voor netwerken zwaarwegende praktische belemmeringen bij het gebruik van onderlinge dienstverlening. Ongeacht welke variant, bij het toepassen van ODV spelen een aantal problemen. Deze zijn:

- Administratieve inrichting informatie-uitwisseling
- Onderhandelen tarief
- Uitbestede zorg nog steeds in budget hoofdaannemer
- Juridische aspecten relatie hoofd- en onderaannemer

Administratieve inrichting informatie-uitwisseling

De administratieve inrichting die nodig is ten behoeve van onderlinge dienstverlening blijkt een grote belemmering te zijn. In beginsel geschiedt registratie door de onderaannemer gelijk aan de manier waarop bij een 'eigen patiënt' wordt geregistreerd. Alle uitgevoerde verrichtingen worden vastgelegd onder de van toepassing zijnde dbc. Echter, in tegenstelling tot wat gebruikelijk is, mag dit niet leiden tot een (middels de grouper¹⁰ afgeleid) declarabel dbc-zorgproduct dat bij een verzekeraar in rekening kan worden gebracht. Dit moet worden voorkomen. De verrichtingen worden alleen vastgelegd ten behoeve van een factuur richting de hoofdaannemer. De hoofdaannemer kan namelijk op basis hiervan de juiste en volledige declaratiedataset aan de grouper aanleveren, waardoor het vervolgens de door het netwerk geleverde zorg, dat wil zeggen het bijbehorende dbc-zorgproduct, bij de verzekeraar kan declareren.

De huidige EPD's en ZIS's¹¹ blijken de voor ODV benodigde administratieve organisatie niet, of slechts heel beperkt te ondersteunen. Dit omdat deze er niet op ingericht zijn onderling gegevens te kunnen uit te wisselen. Hierdoor brengt het ODV-model zeer veel administratieve lasten met zich mee. Hierbij moet worden gedacht aan registratie onder tijdelijke dummy ODV-dbc's door de onderaannemer, die later moeten worden gecorrigeerd, handmatige invoer van verrichtingen door de hoofdaannemer en bij beide de noodzakelijke controles. Als gevolg van dit alles ontstaan er diverse risico's en is het proces van registratie en declaratie foutgevoelig. Mogelijke consequenties zijn: geen of dubbele declaratie van onvolledige en/of onjuiste dbc's (zorgprofielen). Juiste, volledige en tijdige registratie en declaratie van zorg komen bij het gebruik van ODV duidelijk in het gedrang.

"Zij moeten dan echt die dbc blokkeren, dat is een handmatige actie, dat moeten ze echt gewoon per patiënt, handmatig die verrichtingen op blokkeren zetten. Zodat die niet uitgefactureerd wordt. Want in principe, alles wat je daar registreert wordt gewoon uitgefactureerd. Systemen kennen dus niet onderlinge dienstverlening als een button."

- manager -

¹⁰ Zie voor de NZa begripsbepaling bijlage A, met daarin de relevante delen van REGELING NR/REG-1816 - Regeling medisch-specialistische zorg, *Nederlandse Zorgautoriteit*.

¹¹ Elektronisch patiëntendossier / ziekenhuisinformatiesystemen.

Onderhandelen tarief

De bij ODV betrokken ziekenhuizen moeten komen tot het maken van prijsafspraken. In beginsel kan hieraan op twee manieren invulling worden gegeven. Allereerst kan er voor alle mogelijke losse zorgverrichtingen een prijsafpraak per individuele verrichting gemaakt worden. In dat geval wordt er per individuele patiënt op basis van een exact zorgprofiel afgerekend. Daarnaast kan ervoor gekozen worden om afspraken te maken over een totaalpakket aan zorgactiviteiten. Er wordt dan op basis van een gemiddeld zorgprofiel één totaalprijs afgesproken. Nadeel van deze laatste optie is dat er minder, of in het slechtste geval niet aan eventuele wensen van de patiënt kan worden voldaan. Dit zal zo zijn wanneer een patiënt aangeeft een deel van de behandeling vallende buiten de gemaakte afspraken te willen ondergaan bij het ziekenhuis dat onderaannemer is. Uit het onderzoek blijkt dat een onderaannemer niet of minder snel bereid zal zijn dit deel van de behandeling uit te voeren omdat dit deel niet gedekt is in de gemaakte prijsafpraak.

Maar de geschiktheid van en keuze voor een van beide opties lijkt voornamelijk afhankelijk te zijn van het type zorgpad waarover afspraken wordt gemaakt. Een homogeen zorgpad, dat redelijk recht toe recht aan is (van bijvoorbeeld een prostaatpatiënt) leent zich goed voor het maken van een totaalafpraak. Een zorgpad dat per patiënt nogal kan verschillen (van bijvoorbeeld een melanoompatiënt) vraagt om meer maatwerk. Ook het (beoogde) volume waarover afspraken gemaakt wordt heeft invloed op hetgeen op welke wijze wordt overeengekomen. Bij kleine omvang is de impact minder groot en kan het een en ander makkelijker geoormerkt worden, waardoor achteraf afrekenen makkelijker wordt.

“Er zijn ooit in 2013 afspraken gemaakt over een bedrag. Maar eigenlijk is er sinds die tijd ook wel wat discussie over wat valt er nou wel en niet onder. We hebben over 2013 en 2014 nu afspraken gemaakt en dat verrekend. Maar 2015, 2016 niet. En 2017 hebben we ook nog geen afspraken over. Zo lastig is dat eigenlijk. En de patiënten worden ondertussen gewoon behandeld.”

- manager -

Ongeacht voor welk type prijsafpraak er gekozen is geven oncologienetwerken aan het lastig te vinden naast met verzekeraars ook nog met andere ziekenhuizen te moeten onderhandelen. Mede als gevolg hiervan loopt het komen tot prijsafspraken vaak achter op reeds bestaande patiëntenstromen binnen het netwerk. Voor het jaar 2014 moeten bijvoorbeeld in 2018 nog met terugwerkende kracht afspraken gemaakt worden. Het bepalen van (interne) kostprijzen en de moeilijkheid daarvan zijn daarbij een complicerende factor. Ook kan het zo zijn dat de door de onderaannemer gevraagde prijs hoger is dan de prijs die de hoofdaannemer is overeengekomen met de zorgverzekeraars, dan wel de NZa-max tarieven. In zo'n situatie betekent dit ofwel dat de hoofdaannemer verlies lijdt op de gemaakte afspraak, of dat er niet tot een afspraak gekomen kan worden en samenwerking binnen een netwerk op die manier niet tot stand kan komen.

“Bij [specialisme] kwamen we erachter dat wij een kostprijs hadden berekend, wat wij zouden moeten declareren bij [ziekenhuis A] voor de operatie. Maar het bleek dat [ziekenhuis A] die niet vergoed kreeg van de verzekeraar. Dus hier zat discrepantie. [Ziekenhuis A] moet 800 aan ons betalen, krijgt zelf maar 400 vergoed. Waar laat je dat gat van 400 euro?”

- manager -

Uitbestede zorg nog steeds in budget hoofdaannemer

Een ander aandachtspunt is de gelijkgerichtheid van financiële prikkels voor hoofd- en onderaannemer. Omdat de hoofdaannemer de declaratie van de hele dbc doet, ‘consumeert’ de zorg wel financiële ruimte in de contractafspraken met verzekeraars bij de

hoofdaannemer maar niet bij de onderaannemer. Dit lijkt met name een issue te zijn bij het uitplaatsen van basiszorg van een universitair centrum naar een regionaal ziekenhuis. UMC's geven aan op deze manier alsnog geen budgettaire ruimte te hebben voor de meer complexe zorg. Voor zover een onderaannemer een overschot aan budgettaire ruimte heeft is het ook voor de onderaannemer een nadeel, de gemaakte budgetafspraken kunnen immers niet met de geleverde zorg gevuld worden.

“UMC hoofdaannemer en een ander ziekenhuis onderaannemer. En dat was natuurlijk net niet de reden waarom wij de uitplaatsing van zorg deden. Aan de ene kant wordt gezegd, je moet zorg uitplaatsen, maar zolang jij hoofdaannemer blijft, dan verandert er niks in feite, behalve dat ergens anders die zorg wordt geleverd.”

- financieel medewerker -

Juridische aspecten relatie hoofd- en onderaannemer

Een laatste belemmering die in het kader van het toepassen van ODV moet worden genoemd zijn de juridische aspecten van de relatie tussen hoofd- en onderaannemer. De verantwoordelijkheid voor het gehele zorgtraject, voor de geleverde kwaliteit en het voldoen aan alle relevante kwaliteitseisen ligt bij de hoofdaannemer. De ziekenhuizen geven aan dat de praktische uitvoerbaarheid hiervan als ook die van externe verantwoording moeilijk tot niet realiseerbaar is.

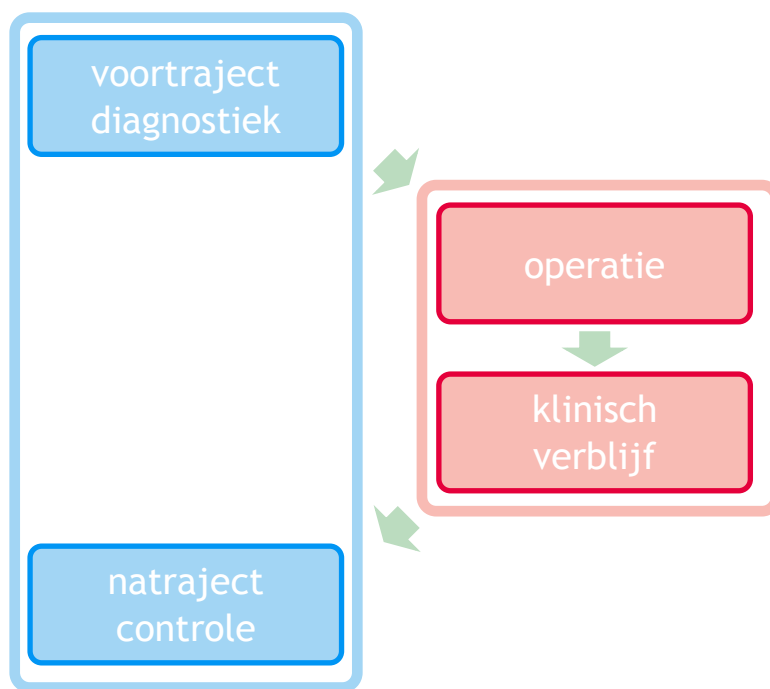
Naast knelpunten benoemen netwerken ook enkele voordelen van het toepassen van een ODV-constructie (ten opzichte van het verwijzingsmodel). Het belangrijkste voordeel is dat dezelfde arts zonder restricties in beide ziekenhuizen kan optreden als hoofdbehandelaar. Dit in tegenstelling tot het verwijzingsmodel. Dit voordeel wordt veel aangegeven als de reden voor een (gedwongen) keus voor het ODV-model in plaats van het door de netwerken meer gewenste verwijzingsmodel. Als tweede voordeel wordt genoemd dat er voor de onderaannemer geen financieel risico is dat de geleverde zorg niet vergoed wordt, ook dit in tegenstelling tot bij het hanteren van verwijzing. Omdat de geleverde zorg buiten de afspraken met zorgverzekeraars omgaat wordt het budget niet gevuld. Er is daarom ook geen risico tot overschrijding van de budgetafspraken zoals bij verwijzing, waarbij bij overschrijding de boven het budget geleverde zorg (afhankelijk van de met de zorgverzekeraar gemaakte afspraken) niet vergoed wordt. Tot slot wordt door sommigen aangegeven dat een mogelijk voordeel voor de verzekeraars is dat er geen sprake is van dubbele declaratie, omdat dit al ‘achter de voordeur’ geregeld is.

Concluderend kan worden gesteld dat de netwerken aangeven dat het inrichten van registratie en declaratie op basis van ODV voor serieuze obstakels zorgt. ODV lijkt meer geschikt voor een beperkt aantal afgebakende verrichtingen zoals bijvoorbeeld diagnostiek, in plaats van voor hele delen van een zorgtraject.

II. (Formele) verwijzing

Bij het gebruik van verwijzing wordt de patiënt door de instelling waar het voortraject plaatsvindt (formeel) doorverwezen naar de instelling waar de operatie plaatsvindt. Na de klinische ingreep wordt de patiënt eventueel weer terugverwezen voor de controle en het natriject en eventueel adjuvante therapie.

Belangrijk verschil met het ODV-model is dat het hoofdbehandelaarschap in *financieel administratieve* zin hierbij *wel* wijzigt; dit wordt bij verwijzing overgedragen aan de andere instelling. De instelling waarnaar verwezen wordt opent daarom ook een zorgtraject. Beide zorgaanbieders declareren dus dbc-zorgproducten voor dezelfde zorgvraag. Dit resulteert daarom in meerdere gedeclareerde zorgproducten voor dezelfde zorgvraag.



Figuur 3.3: Verwijzing - beide ziekenhuizen declareren een zorgproduct

Er is echter regelgeving van toepassing die als gevolg heeft dat, wanneer een arts in meerdere ziekenhuizen werkzaam is en als hoofdbehandelaar een patiënt naar zichzelf in een ander ziekenhuis wil verwijzen, er van overdracht van het hoofdbehandelaarschap (in financieel administratieve zin) geen sprake is. De regelgeving verplicht namelijk dat de geleverde zorg dan via ODV in rekening dient te worden gebracht¹² (met uitzondering van een aantal bijzondere situaties). Er is dan dus automatisch sprake van het ODV-model in plaats van het verwijzingsmodel. Deze regel, dat een arts alleen naar zichzelf kan verwijzen onder de voorwaarde dat er gebruikt wordt gemaakt van de ODV-constructie, wordt door de netwerken vertaald als “een arts mag niet naar zichzelf verwijzen”.

“Je mag ze alleen verwijzen officieel naar de vakgroep heelkunde in de andere locatie. En dan doe jij weer gewoon daar de ingreep.”

- medisch specialist -

Uit het onderzoek komt nadrukkelijk naar voren dat de implicatie van deze regel voor netwerken een zeer grote belemmering vormt. Samenwerkende ziekenhuizen geven namelijk aan het liefst gebruik te willen maken van verwijzing als model om netwerkzorg in te richten¹³. Toch kan, en dus wordt, er vaak niet voor dit model gekozen omdat de regelgeving de gewenste inrichting, waarbij een arts in beide ziekenhuizen optreedt als hoofdbehandelaar en beide ziekenhuizen een zorgproduct kunnen declareren, niet toestaat. De reden waarom netwerken aangeven graag gebruik te willen maken van verwijzing in plaats van ODV is dat dit in financieel administratieve zin veel duidelijkheid en eenduidigheid biedt, dit doordat alle patiënten dan eigen patiënten zijn. Overigens, nadere duiding door de NZa van de van toepassing zijnde regelgeving (aanvullend op de bestaande uitzonderingen) heeft bij één casus tot een uitzondering geleid. Waardoor deze belemmering, bij formele verwijzing niet naar dezelfde hoofdbehandelaar mogen verwijzen, is weggenomen. De hoofdbehandelaar

¹² Zie bijlage A voor de relevante delen van de REGELING NR/REG-1816, Regeling medisch-specialistische zorg, Nederlandse Zorgautoriteit.

¹³ Zie bijvoorbeeld ook de NZa Memo Voorstel NVZ wijziging definitie onderlinge dienstverlening (8 januari 2018) van de Directie Regulering aan Leden Technisch Overleg DOT.

wordt hier door de NZa toegestaan naar zichzelf te verwijzen en daarbij in beide instellingen een dbc te openen.

Uit het veldonderzoek komt verder naar voren dat onvoldoende duidelijk is wat het verwijzen van een patiënt formeel impliceert voor wat betreft het continueren van de behandeling. Er leven hierover verschillende opvattingen. Aan de ene kant zijn er netwerken die na verwijzing van ziekenhuis A naar ziekenhuis B ruimte zien om de patiënt terug te verwijzen naar ziekenhuis A. Aan de andere kant zijn er die concluderen dat juiste uitleg van de regelgeving betekent dat “eens verwezen blijft verwezen” is. Daardoor is er onduidelijkheid op het punt welke nazorg en/of follow-up door het ziekenhuis waarnaar verwezen is moet worden geleverd.

Ten aanzien van deze NZa-regelgeving is de conclusie inderdaad dat het toegestaan is om de patiënt van ziekenhuis A formeel te verwijzen naar ziekenhuis B (en weer terug naar ziekenhuis A) voor zowel complexe als niet-complexe zorg, *zolang* de hoofdbehandelaar niet dezelfde persoon is. De conclusie ten aanzien van het parallel open hebben staan van een operatieve en een conservatieve dbc bij twee verschillende zorgaanbieders voor dezelfde zorgvraag is dat dit weliswaar op gespannen voet staat met het uitgangspunt dat per zorgvraag één integrale dbc in rekening wordt gebracht, maar dat dit niet in strijd is met de van toepassing zijnde beleidsregels. De conservatieve dbc voor het voortraject en nacontrole van huis A en de operatieve dbc van huis B mogen parallel openstaan. Aandachtspunt hierbij is wel dat deze werkwijze niet belemmerd moet worden door regels in de handreiking en/of de uitvoering van horizontaal toezicht.

Ook bij het verwijzingsmodel zijn er naast aandachtspunten vanuit de regelgeving een aantal punten die de onderzochte netwerken als belangrijk aangeven. Dit zijn:

- Jaarafspraken verzekeraars: verschuiven budget en financieel risico
- Totaalsom zorgkosten

Jaarafspraken verzekeraars: verschuiven budget en financieel risico

Vanuit het onderzoek komt naar voren dat het concentreren van bepaalde delen van zorg bij een van de ziekenhuizen binnen een netwerk in eerste instantie bemoeilijkt kan worden door reeds gemaakte budgetafspraken met de verzekeraars. Omdat het budget van ziekenhuizen gemaximeerd is kan het leveren van extra zorg die nog niet is opgenomen in de contractafspraken betekenen dat er wel sprake is van een stijging van het geleverde zorgvolume, maar dat deze nog niet direct gepaard gaat met een noodzakelijke stijging van de omzet. In dat geval wordt er zorg geleverd die niet vergoed wordt. Dit financiële risico wordt gezien als een nadeel van het gebruik maken van verwijzing.

“Dan moet je ze eerst hierheen halen, dan betaal je de eerste uit eigen zak. En dan kun je later zeggen, ik heb die patiënten gezien, onze massa is toegenomen, nu moet je ons plafond verhogen. Er zit een vertraging in.”

- financieel medewerker -

Op de langere termijn kan deze verschuiving echter worden meegenomen in de nieuwe contractafspraken en zou dit dus geen probleem moeten vormen. Een mogelijke oplossing hiervoor, het vooraf door betrokken partijen in samenspraak met de verzekeraars verschuiven van budget, blijkt lastig. Ziekenhuizen willen uiteraard wel graag een verhoging van hun budget, maar verlaging is niet per se gewenst, of de ontstane ruimte wordt opgevuld met andere zorg. Dit laatste lijkt met name het geval te zijn wanneer een UMC middels een oncologienetwerk basiszorg wil uitplaatsen om ruimte te maken voor complexe zorg.

“En dat onderling verschuiven willen ze doen als twee ziekenhuizen daar onderling overeenstemming over hebben. Dat is onderling heel lastig tussen ziekenhuizen. Als je een groot ziekenhuis bent, waarom zou je dan zomaar iets inleveren, waarom zou je dat doen?”

- financieel medewerker -

“Maar vaak zien we dat degene die er iets bij heeft gekregen zegt ‘wij zijn zo gegroeid’. Ja, waarop? Dat en dat overgenomen van een ander. Ja, zeggen we, maar die ander heeft niks tegen ons gezegd. Dus daar lopen we op vast.”

- verzekeraar -

Totaalsom zorgkosten

Een ander zeer belangrijk punt bij dit model, waarbij dus twee (of meer) zorgproducten worden gedeclareerd, is of de totaalsom van de kosten van de binnen het netwerk geleverde zorg hoger of lager zijn dan wanneer er maar één dbc zou zijn geopend zoals in het traditionele of ODV-model. Hierover kan helaas op voorhand geen uitspraak worden gedaan, omdat dit volledig afhankelijk is van het resultaat van de onderhandelingen tussen verzekeraars en de ziekenhuizen. Een mogelijke oplossing om hierin tot een wenselijke uitkomst te komen zou zijn om de bij het netwerk betrokken ziekenhuizen en de verzekeraars hierover in gesprek te laten gaan. Maar hierbij geven de netwerken aan dat de handelingsruimte hiertoe beperkt is door regelgeving op het gebied van mededinging. Ook zouden eventuele veranderingen van de profielen van de zorgproducten op termijn vanzelf aanleiding kunnen geven tot het komen van gewijzigde prijsafspraken. Dit neemt niet weg dat mogelijk een deel van de doelmatigheidsachtergrond van de dbc-systematiek ten dele te niet wordt gedaan, omdat door het ‘opknippen’ van dbc’s de prikkels tot doelmatig werken over het gehele zorgpad verdwijnen.

“Dan krijgen ze daar een dbc en hier een, en dan krijg ik de volle pond voor een operatie.”

- medisch specialist -

“We zien eigenlijk dat de verzekerden die naar jullie toe gaan, dat die altijd twee DOTs krijgen. Die zijn wel erg duur samen; de kosten per patiënt zijn veel duurder hier dan elders. En dan zeg je, ja, hoe komt dat? Nou, wij werken samen - wij doen de helft en de ander de andere helft - dat levert twee DOTs”

- verzekeraar -

Het ODV-model in vergelijking tot het verwijzingsmodel

De algemene conclusie is dat bij verwijzing met name regelgeving voor belemmeringen zorgt en dat administratieve obstakels klein zijn. Bij het ODV-model is dit juist andersom; de regelgeving werpt hindernissen op, maar de noodzakelijke administratieve inrichting zorgt voor grote problemen.

III. Autonoom netwerk / integrale bekostiging

Bij een autonoom oncologienetwerk is er, in tegenstelling tot bij het ODV- en het verwijzingsmodel, wel sprake van een aparte juridische entiteit. Deze van de in het netwerk deelnemende ziekenhuizen losstaande juridische entiteit, welke verschillende juridische vormen zou kunnen aannemen en geheel buiten maar ook gedeeltelijk binnen de ziekenhuizen zou kunnen worden geplaatst, is dan contractpartij voor de zorgverzekeraars en moet derhalve over een (“virtuele”) WTZi-toelating beschikken.

Op dit moment zijn er geen oncologienetwerken bekend die zich als autonoom netwerk hebben georganiseerd of willen gaan organiseren. Aangezien het model ‘autonoom netwerk’ niet gebruikt wordt, zijn mogelijke implicaties van NZa-regelgeving voor wat betreft de financiering van het primaire proces niet getoetst.

Wel kan er vanuit het onderzoek worden geconcludeerd dat het vormen van autonome oncologienetwerken momenteel niet wordt gezien als een ideale ontwikkelrichting. Daarbij worden verschillende argumenten genoemd. Als belangrijkste reden wordt gegeven dat het eventueel verplaatsen van de oncologische zorg van de ziekenhuizen naar autonome oncologienetwerken majeure nadelige consequenties heeft voor de ziekenhuizen. Dit omdat de oncologische zorg een aanzienlijk deel van de totale ziekenhuiszorg betreft. Bij negatieve gevolgen kan worden gedacht aan de onderhandelingen die dan zullen moeten gaan plaatsvinden tussen de oncologienetwerken en de ziekenhuizen, waarbij gekomen moet worden tot afspraken over het inkopen van zorg door de netwerken bij de ziekenhuizen. Zoals bijvoorbeeld huur van OK-faciliteiten of het inkopen van verpleegdagen. Door op zo’n manier in relatie te staan tot verschillende autonome oncologienetwerken zou de bestuurbaarheid van de ziekenhuizen ernstig kunnen worden aangetast. Naar inschatting van de geïnterviewden zullen bestuurders van ziekenhuizen dit niet toestaan te gebeuren. Onder andere omdat het toestaan voor bijvoorbeeld een enkel netwerk gericht op een enkel tumortype een precedentwerking kan hebben voor overige (benigne) zorg.

Vanuit het perspectief van een verzekeraar is het hebben van een contractrelatie met een oncologienetwerk, in aanvulling op de reeds bestaande contractrelaties met de verschillende ziekenhuizen, alleen van meerwaarde wanneer het gaat om een significant volume. Een groot aantal autonome netwerken gericht op slechts een enkel tumortype zou voor veel extra onderhandelingen zorgen, wat het soepel functioneren van het contracteringsproces slechts zouden belemmeren. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars aangeven het bestaan van voldoende marktwerking en concurrentie tussen zorgaanbieders (oncologienetwerken) belangrijk te vinden. Iets dat door grotere oncologienetwerken in gevaar kan komen. Nota bene, de contractering van netwerken is overigens een punt waar de inrichting van oncologienetwerken met behulp van een ODV- of verwijzingsmodel op dit moment lijkt te wringen. Binnen de netwerken wordt zorg van dezelfde kwaliteit geleverd, toch is de prijs die door de verzekeraars betaald wordt bij de verschillende ziekenhuizen verschillend¹⁴. Een soortgelijke tegenstelling bestaat voor wat betreft de kwaliteitsverantwoording. Een netwerk claimt en is als netwerk integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Echter, uiteindelijk zijn en blijven individuele ziekenhuizen verantwoordelijk. Contractering van een autonoom oncologienetwerk zou op dit punt uitkomst kunnen bieden.

Wanneer een oncologienetwerk gericht is op een enkel tumortype, en daarmee op een beperkt aantal ingrepen - zogenaamde “one trade pony’s” -, kan een netwerk financieel kwetsbaar blijken te zijn. Er is namelijk, in tegenstelling tot de ziekenhuizen, minder ruimte om ‘goedkope’ met ‘dure’ zorg te compenseren. En noodzakelijke schaaleffecten zijn vermoedelijk ook lastig realiseerbaar. Naast dat dit vanuit financieel oogpunt niet aantrekkelijk kan blijken voor oncologienetwerken is het daarnaast vanuit medisch oogpunt en ook vanuit patiëntperspectief niet geheel wenselijk. Veel patiënten zijn niet alleen oncologische patiënten, maar zijn patiënten die ook overige benigne zorgvragen hebben. Ook zullen autonome netwerken voor beheerskosten komen te staan en zullen zij rekening moeten houden met de benodigde inspanningen en inrichtingseisen voor een WTZi-toelating (b.v. Governance Code, Raad van Toezicht, etc.).

Als een mogelijk voordeel van autonome oncologienetwerken wordt genoemd het meer kunnen wegnemen van financiële drempels tussen de individuele specialisten binnen een

¹⁴ Zie voor een analyse van prijsverschillen in de Nederlands ziekenhuiszorg en mogelijke verklaringen hiervoor het CPB Discussion Paper | 378: “Does managed competition constrain hospitals’ contract prices? Evidence from the Netherlands”, R. Douven, M. Burger en E. Schut, CPB maart 2018.

netwerk. Het positieve effect hiervan kan zijn dat discussies over zorgtrajecten meer inhoudelijk gevoerd kunnen worden, zonder angst voor financieel verlies. Hierbij kan bijvoorbeeld ook worden gedacht aan een joint venture waar vooraf een verdeelsleutel is afgesproken met betrekking tot de opbrengsten.

Een eerste stap richting meer autonome netwerken kan zijn om het ziekenhuis waar bepaalde delen van het zorgpad dan wel specifieke behandelingen geconcentreerd zijn de onderhandelingen met de zorgverzekeraars te laten doen namens de andere in het netwerk deelnemende ziekenhuizen. Een andere mogelijke stap die wordt aangedragen om netwerken meer als integraal netwerk te faciliteren is om de regionale MDO's, die een centrale rol hebben binnen het netwerken, direct als netwerk te gaan bekostigen.

3.2 Financiering algemene kosten oncologienetwerken

In hoofdstuk 2 is uitgebreid ingegaan op de verschillende algemene aspecten van oncologienetwerken. Daarin werd onder andere beschreven dat uit het veldonderzoek blijkt dat netwerkvorming vaak begint langs de inhoudelijke lijn, artsen die samenwerken intensiveren hun wederzijdse betrokkenheid. In dit eerste stadium is er nog geen sprake van een formele samenwerking of georganiseerd netwerk. Om daar wel toe te komen en niet alleen afhankelijk te zijn van de individuele relaties tussen medisch specialisten onderling zullen de artsen van de verschillende ziekenhuizen op verschillende manieren ondersteund moeten worden. Daarvoor wordt in de meeste gevallen een tijdelijke projectorganisatie in het leven geroepen bestaande uit ondersteuners vanuit verschillende geledingen binnen de betrokken ziekenhuizen. De financiering van zo'n project is vrijwel altijd slechts tijdelijk, gericht op het opstarten van de samenwerking.

Ook na deze startfase echter is er in de continueringsfase blijvende ondersteuning nodig om het netwerk goed en optimaal te kunnen laten functioneren. Vanuit het onderzoek komt naar voren dat netwerken aangeven een faciliterende structuur te behoeven. De financiering van deze benodigde facilitering vormt echter voor een aantal netwerken een knelpunt.

Dekking van de noodzakelijke kosten voor zaken zoals beleidsvoering en coördinatie tussen de bij het netwerk aangesloten ziekenhuizen, het structureel beleggen van netwerkbijeenkomsten, de noodzakelijke IT-infrastructuur, communicatie richting patiënten (website, folders e.d.) en regionaal casemanagement is niet geregeld, of men komt hier moeizaam toe. Gevolg hiervan kan zijn dat de netwerken niet voldoende goed functioneren, er is te weinig aandacht voor realisatie van de noodzakelijke randvoorwaarden. Dit leidt tot ergernis, of in het slechtste geval tot tijdelijke samenwerkingen die verworpen tot 'slapende netwerken'. Netwerken geven aan hierin te zoeken naar oplossingen maar deze niet altijd te vinden.

3.3 MDO en expertopinie

Het multidisciplinair overleg en het consulteren van een expertopinie zijn hoekstenen binnen de oncologische zorg. Om voor elke patiënt te komen tot kwalitatief goede en state-of-the-art zorg zijn het MDO en de expertopinie van uitermate groot belang. De omvang en benodigde tijdsinvestering van artsen in deze twee belangrijke elementen van de oncologische zorg is toegenomen. Dit heeft geleid tot een toenemende druk en daarmee de noodzaak om kritisch te kijken naar de kosten en baten.

"Ik weet nog wel die MDO discussie waar ... (verzekeraar) zei "Het zit in je tarieven", ja dat is natuurlijk volkomen onzin, dat het in de tarieven zit. Dat is echt volkomen quatsch..."

- medisch specialist -

MDO

Veel netwerken, en veel artsen, geven aan de last van de veelheid aan MDO's meer en meer op hen drukt en dat hier geen adequate vergoeding tegenover staat. Bij sommigen bestaat zelfs de beleving dat het MDO niet vergoed wordt. Echter, uit het veldonderzoek wordt duidelijk dat het MDO als kan verrichting worden geregistreerd in de dbc. Hiertoe bestaat de verrichtingscode 190005¹⁵. Uit het onderzoek komt echter ook naar voren dat niet alle ziekenhuizen deze verrichtingscode gebruiken om hun MDO's te registreren. Binnen een ziekenhuis is er soms ook sprake van grote verschillen tussen de verschillende afdelingen.

Er wordt aangegeven dat het niet registreren vanwege twee redenen is. Allereerst kan de registratie veel administratieve inspanning vereisen, een volgens sommigen buitenproportionele inspanning. Vanwege de gestelde voorwaarden waaronder het MDO als verrichting geregistreerd mag worden, in combinatie met de organisatie van een ziekenhuis in afdelingen en communicatie tussen de afdelingen is het voor sommige ziekenhuizen een tijdsintensieve bezigheid om gehouden MDO's, die voldoen aan de voor het mogen registreren gestelde voorwaarden, goed te administreren. Als tweede reden wordt aangegeven dat registratie van het MDO niet per definitie leidt tot een directe verhoging van het te declareren zorgproduct. Hierdoor wordt betwijfeld of de kosten van registratie tegen de baten opwegen. Hierbij moet natuurlijk worden opgemerkt dat het MDO pas in onderhandeling over de prijzen van zorgproducten kan worden meegenomen wanneer het MDO ook in de zorgprofielen naar voren komt, hetgeen pas het geval zal zijn wanneer eerst goed geregistreerd wordt.

“De financiering van het MDO via verzekeraars is een moeizaam proces. Er zijn gesprekken geweest over de financiering van participatie door een UMC in regionale MDO's, maar er is nog geen vergoeding voor geweest. Als je een goed regionaal MDO hebt, helpt dat om de kwaliteit omhoog te brengen. Iedereen krijgt de juiste behandeling, zorg kan indien mogelijk dichtbij huis georganiseerd worden, met dezelfde kwaliteit ongeacht woonplaats. Dat wordt wel besproken en in het inkoopbeleid staan ook best wel mooie woorden over samenwerking in oncologienetwerken, maar de bekostiging daarvan heb ik nog niet gezien.”

- zorgverkoper -

Expertopinie

De expertisecentra binnen de netwerken geven aan dat het verlenen van consulten, de expertopinie, een belangrijk knelpunt is. Bovendien een knelpunt dat steeds nijpender wordt.

Dit heeft er mee te maken dat de consultfunctie door expertisecentra in oncologienetwerken heel arbeidsintensief is. Naast het beantwoorden van vragen per telefoon of mail en het leveren van consultdiensten in perifere MDO's worden meer en meer consultvragen gesteld aan multidisciplinaire teams van expertisecentra, veelal om mee te nemen in expert-MDO. Het proces begint bij een casemanager of verpleegkundig specialist die alle consultvragen trieert. Hierbij wordt ook vaak veel tijd besteed aan het compleet en up-to-date krijgen van de gegevens die nodig zijn voor een goede beoordeling. Is dat niet het geval dan vraagt dat extra inspanning; er moet vaak nog achteraan worden gebeld en gefaxt. Dan volgt het daadwerkelijk bespreken van de ingediende consultaanvraag door het team van experts. Dit kost uiteraard tijd van de benodigde specialisten. Soms is nog revisie van de diagnostiek of het uitvoeren van extra onderzoeken nodig. Tot slot zal het expertisecentrum moeten zorgen voor adequate verslaglegging en afspraken. Al met al een tijdsintensieve en belastende verantwoordelijkheid.

Echter, wanneer een expertisecentrum vanuit een andere ziekenhuis een consultaanvraag ontvangt dan kunnen de tijd en de werkzaamheden ten behoeve van dit consult niet bij een

¹⁵ Zie Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1816, hoofdstuk III Zorgactiviteiten, artikel 24 Zorgactiviteitsomschrijvingen sub 41, *Nederlandse Zorgautoriteit*

zorgverzekeraar gedeclareerd worden¹⁶. Dit kan niet omdat het niet een eigen patiënt betreft, er is daarom geen mogelijkheid tot declaratie, daarvoor bestaat geen declaratietitel. De consultfunctie wordt dus niet direct vergoed zolang de patiënt niet fysiek in het expertisecentrum komt. Dit wordt als knelpunt ervaren.

Consultaanvragen en de onderliggende onderlinge relaties tussen de artsen in de verschillende ziekenhuizen kunnen zowel een wat meer informeel karakter hebben als meer zijn geformaliseerd in afspraken. Wanneer er meer over de samenwerking is vastgelegd is het soms zo dat er op enige wijze sprake is van (financiële) compensatie door het aanvragende ziekenhuis richting het consultverlenende ziekenhuis. Maar dit is eerder uitzondering dan regel. Ook is het zo dat de tertiaire centra (nu nog) via IKNL de zogenaamde consultgelden ontvangen om consulten te verrichten in de regionale MDO's. Maar de expertisecentra binnen de netwerken geven nadrukkelijk aan dat deze IKNL gelden bij lange na niet kostendekkend zijn.

“Wij willen niet de adviseur (consulent/expert) in een regionaal MDO of expertpanel betalen. Wij betalen geen adviseurs, wij betalen behandelingen. Er is geen declaratietitel voor in de huidige financieringsstructuur.”

- verzekeraar -

Samen beslissen over een passende behandeling

Naast het in kaart brengen van de medisch technische behandelopties in het MDO, eventueel aangevuld met het inwinnen van de expertopinie, wordt bij het kiezen de behandeling de patiënt meer en meer zelf betrokken. Een zorgvuldig proces van samen beslissen tussen patiënt, naaste(n) en zorgverlener(s) is van belang, maar kost ook meer tijd en daarmee geld.

Alhoewel samen beslissen voor elke (oncologische) patiënt en alle patiëntcategorieën van groot belang is, is dit zeker voor geriatrische patiënten belangrijk. Het aantal geriatrische patiënten dat in aanmerking komt voor complexe, zeer intensieve oncologische behandelingen stijgt. En deze behandelingen kunnen grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van deze patiënten. De kunst hierbij is een goede balans te vinden tussen wat medisch technisch kan aan de ene kant en de behandelvoorkeuren en de fysieke en mentale mogelijkheden van de patiënt aan de andere kant. Voor het maken van een gezamenlijke keuze is bespreking van de voor- en nadelen van de behandelopties tussen arts en patiënt (eventueel met aanwezigheid verpleegkundige) nodig. Levensdoelen en behandelvoorkeuren van de patiënt, fysieke en mentale mogelijkheden en gevolgen voor kwaliteit van leven worden in dat gesprek betrokken bij het afwegen van de behandelopties.

Binnen enkele netwerken is geëxperimenteerd met een werkwijze waarbij met de patiënt een passende behandeling werd gekozen, waarbij levensdoelen en behandelvoorkeuren, de mate van kwetsbaarheid en de medische behandelopties expliciet in kaart zijn gebracht en zijn meegewogen. Implementatie van de werkwijze leidde bij een van de pilotprojecten, uitgevoerd bij geriatrische patiënten, in ruim een derde van de geïncludeerde patiënten tot een andere of aangepaste behandeling. De benodigde tijdsinvestering voor het in kaart brengen van de voorkeuren en gezondheidsstatus, bovenop de al als arbeidsintensief ervaren inspanningen voor het MDO, worden voor een mogelijke structurele inbedding echter als grote belemmering gezien. Deze inspanningen hebben logischerwijs (nog) geen betaaltitel en generen daarom geen omzet. Daarnaast zal deze werkwijze bij geriatrische patiënten leiden tot productie- en omzetverlies in de primaire behandeling, omdat in een aantal gevallen een

¹⁶ Zie aangaande dit onderwerp ook de Notitie van de Federatie Medisch Specialisten aan de NZa van 9 maart 2018 - Toelichting bij wijzigingsverzoek 202517.

minder ingrijpende behandeling wordt gekozen. Financiering van de benodigde tijdsinvestering ‘aan de voorkant’ in combinatie met afspraken over bijvoorbeeld shared savings zal hoogstwaarschijnlijk structurele inbedding van deze meer mensgerichte werkwijze in de dagelijkse praktijk stimuleren.

3.4 Overige aandachtspunten

Naast de financiële issues rondom de bekostiging van de patiëntenzorg, algemene kosten van oncologienetwerken en het MDO en de expertopinie komen vanuit de interviews nog een tweetal aandachtspunten naar voren; aanstellingen of toelatingsovereenkomsten van artsen en de noodzaak tot een zeker evenwicht bij de herallocatie van zorg door de bij de netwerken betrokken ziekenhuizen. Deze twee punten worden in deze paragraaf kort behandeld.

Aanstellingen of toelatingsovereenkomsten artsen

Vergoeding tussen ziekenhuizen in het netwerk

In de startfase van een oncologienetwerk, waarbij nog enige oriëntatie nodig is, gebeurt in eerste instantie veel met gesloten beurzen. Dat is vaak de manier om als samenwerking op gang te komen en ingewikkelde vraagstukken die bij aanvang ook vaak nog niet geheel duidelijk zijn tijdelijk te beantwoorden. Dit kan dan bijvoorbeeld middels een 0-aanstelling lopen voor zover medisch specialisten in loondienst zijn. Ook kan er binnen het netwerk een uitruil van medisch specialisten plaatsvinden; de oncologische chirurg van ziekenhuis A is deels werkzaam in ziekenhuis B en de uroloog van ziekenhuis B komt voor een deel van zijn of haar tijd in ziekenhuis A werken. Soms staat hier wel een vergoeding tegenover. Dit wordt dan middels een detacheringsovereenkomst geregeld, waarbij vaak wordt gerekend op basis van uurloon in plaats van productie.

Verschillen vrijgevestigd versus loondienst

Naast dat er verschillen in inhoudelijke belangen (zoals delen expertise, onderzoekslijn) kunnen zijn, kunnen er ook verschillen in financiële belangen zijn die een rol spelen binnen oncologische netwerken. Uit het onderzoek komt naar voren dat netwerken aangeven in bepaalde gevallen makkelijker samen te werken wanneer bijvoorbeeld de specialisten van zowel een UMC als het regionale ziekenhuis in loondienst zijn. In een aantal casussen was dit voor het UMC ook met name een van de redenen om toenadering tot bepaalde ziekenhuizen te zoeken. Dit heeft ook te maken dat wanneer er geen gelijkheid is op dit punt beslissingen binnen een netwerk voor een deel van de betrokken artsen directe financiële consequenties heeft terwijl dat voor een ander deel van de artsen niet, of niet direct gevolgen heeft.

Een ziekenhuisoverstijgende maatschap, waarin de artsen van alle bij het netwerk betrokken ziekenhuizen deelnemen, kan als katalysator voor netwerkvorming en het nemen van beslissingen binnen het netwerk werken. Daartegenover staat dat netwerkvorming bemoeilijkt wordt wanneer er binnen een regiomaatschap zowel artsen zijn die werken in een ziekenhuis dat wel deelneemt aan het netwerk als artsen die werken in een ziekenhuis dat niet deelneemt aan het netwerk. Dit heeft te maken met de mogelijke consequenties voor de maatschap en daarmee met de nodige beslissingsbevoegdheid en het mandaat dat de betrokken artsen hebben. Wanneer deze belangen gelijk zijn kan er doorgaans vrij snel tot een beslissing gekomen worden. Is dit niet het geval dan zal er eerst overleg met de achterban moeten plaatsvinden. Een proces dat netwerkvorming duidelijk bemoeilijkt.

Noodzaak evenwicht bij herallocatie zorg

Bij netwerkvorming is in bepaalde gevallen in zekere mate sprake van het verdelen van de oncologische zorg. Een ziekenhuis richt zich op een tumortype dat de andere ziekenhuizen niet of minder bedienen, de andere ziekenhuizen richten zich weer op andere tumortypen. Zo ontstaat er middels een vorm van uitruil een verdeling van de zorg binnen het netwerk,

danwel de regio. Deze ontwikkeling kan gebeuren met gesloten beurs, wat vaak het geval is. Het is alleen houdbaar zolang het (bilaterale) resultaat ongeveer een gelijk resultaat oplevert; alle ziekenhuizen er evenveel 'rijker' en/of 'armer' uitkomen.

4. Visie op de toekomst, conclusies en aanbevelingen

In het onderzoek is aan de hand van de huidige belemmerende factoren ook ingegaan op mogelijke oplossingen en wenselijke toekomstige ontwikkelingen. De respondenten hebben verschillende mogelijke opties aangedragen voor het wegnemen, of deels reduceren van de huidige knelpunten. Als kernpunt wordt daarbij aangegeven dat de toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot financiering en regelgeving, meer dan dit nu het geval is, patiëntgerichte regionale samenwerking zou moeten faciliteren en stimuleren. Op sommige punten zal nadere duiding van de bestaande regelgeving mogelijk al afdoende zijn om het gewenste resultaat te bereiken. Op andere punten is wellicht verruiming of wijziging van regelgeving, of het opzetten van nieuwe structuren, noodzakelijk.

Naast de drie hoofdonderwerpen uit hoofdstuk 3 - financiering patiëntenzorg, algemene kosten oncologienetwerken en MDO en expertopinie - zal in dit hoofdstuk ook het Nederlandse zorgstelsel aan de orde komen. Dit laatste onderwerp wordt hier besproken omdat aanpassingen in het stelsel door het merendeel van de respondenten wordt genoemd als oplossingsrichting voor bepaalde belemmeringen.

4.1 Registratie en declaratie van het primaire proces

In hoofdstuk 3 zijn de drie basismodellen voor de bekostiging van de patiëntenzorg uiteengezet. Deze drie modellen zijn:

- Onderlinge dienstverlening: hoofdaannemer besteedt een deel van het zorgtraject uit;
- Formele verwijzing: patiënt wordt formeel verwezen tussen de ziekenhuizen;
- Autonomo netwerk: (nieuwe) entiteit die zelf met verzekeraars contracteert.

Aan alle drie modellen zijn voor- en nadelen verbonden en is er bij toepassing in de praktijk sprake van belemmeringen. Door regionale verschillen, maar ook door het bestaan van verschillende type netwerken (onder andere op basis van de verschillende tumortypen) is er eigenlijk geen uniform model denkbaar dat in elke situatie uitkomst biedt. Kortom, 'one size fits none'.

Wel is duidelijk dat het vormen van autonome oncologienetwerken niet wordt gezien als een gewenste ontwikkelrichting. Oncologienetwerken krijgen bij voorkeur vorm op basis van formele verwijzing of onderlinge dienstverlening. Dat sluit ook beter aan bij de al bestaande praktijk. Hierbij is er een dringende wens om voor deze twee modellen aan oplossingen voor de huidige ervaren belemmeringen te werken. De betrokken partijen, primair de NZa, de NVZ en de NFU, en de verzekeraars, zullen hierin samen moeten optrekken.

Regels verhelderen en verruimen

Een van de conclusies is dat er geen eenduidig beeld bestaat bij oncologienetwerken in het land over wat wel en wat niet mag. De interpretatie van de bestaande regels verschilt. Voor de toekomst is een eerste vereiste dat er duidelijkheid ontstaat over de interpretatie van bestaande regels. Eenduidige interpretatie is nodig op de punten waar sprake is van meervoudige interpretatie. Dit is op de volgende punten:

- ODV: Een ander ziekenhuis dan het poortziekenhuis als hoofdaannemer wel of niet toegestaan?
- Verwijzing: Betekent eens verwezen blijft verwezen?

- Verwijzing: Onder welke voorwaarden is de ODV uitzonderingsbepaling van artikel 32 lid 5c (NR/REG-1816) van toepassing? Oftewel: wanneer wordt voldaan aan het vereiste van “vanwege voor de patiënt niet-gecontracteerde zorg bij de initiële instelling”?

Een tweede conclusie is dat naast eenduidige interpretatie van de regelgeving voor wat betreft de drie bovengenoemde punten, ook verruiming of aanpassing van dezelfde regelgeving door het veld zeer gewenst is. Om zo flexibeler en meer patiëntgericht samenwerken in oncologienetwerken mogelijk te maken. Wenselijke aanpassing van NZa-regelgeving:

- Hoofdaannemerschap bij onderlinge dienstverlening (ODV); mogelijk maken dat dit ook bij een ander ziekenhuis dan het poortziekenhuis kan komen te liggen.
- Het mogelijk maken om als arts naar jezelf te verwijzen in model formele verwijzing, waarbij de hoofdbehandelaar een deel van het zorgtraject in een ander ziekenhuis uitvoert; nu nog worden patiënten omwille van financiële regelgeving naar een collega verwezen, wat suboptimaal is vanuit patiëntbeleving, kwaliteit en veiligheid.
- De wens bestaat om het mogelijk te maken meerdere 'subtrajecten (een conservatieve en een operatieve dbc) parallel open te hebben staan in meer dan één ziekenhuis bij formele verwijzing; dit zou vergroting van de flexibiliteit betekenen en maatwerk voor de patiënt mogelijk maken, maar heeft een risico op hogere totaalprijs.

Verbeteren administratieve processen en uitwisseling informatie

Naast de gewenste duidelijkheid en noodzakelijke aanpassing van de regelgeving is het van groot belang dat er op het gebied van ICT-ondersteuning en inrichting van systemen, ten behoeve van informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen over registratie en declaratie, verbeterlagen worden gemaakt. Bij het ODV-model zal er namelijk altijd sprake zijn van administratieve uitwisseling tussen de bij een netwerk betrokken ziekenhuizen, ook wanneer een ander ziekenhuis dan het poortziekenhuis als hoofdaannemer optreedt. En ook bij het verwijzingsmodel is het denkbaar dat er op het gebied van registratie informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen moet plaatsvinden, zeker wanneer er ruimere mogelijkheden komen met betrekking tot het naar jezelf verwijzen. Ook dan is het wederzijds beschikbaar zijn van informatie over registratie van dbc's en verrichtingencodes van groot belang. Om de administratieve inrichting en informatie-uitwisseling beter te faciliteren is het nodig dat er op ICT gebied stappen worden gezet. Het is daarbij wel de vraag welke partij(en) hiertoe actie zouden moeten nemen en of de noodzakelijke veranderingen realiseerbaar zijn. EPD-leveranciers kunnen hier een rol in vervullen door bijvoorbeeld het mogelijk te maken binnen een EPD verrichtingen te kunnen registreren onder een noemer als 'onderaannemer' of 'ODV'. Vooralsnog zullen afzonderlijke netwerken goede afspraken moeten blijven maken over de processen rond registratie en declaratie, wat helaas arbeidsintensief is en de overheadkosten van het netwerk verhoogt.

Bijstellen registratie- en declaratiesysteem en aanpassingen contracteringsproces

Het liefst zouden instellingen willen declareren wat ze doen zonder allerlei administratieve processen, regels en facturenstromen er omheen. Een mogelijk idee, in lijn met de gedachtegang zoals geformuleerd door de taskforce *Zorg op de Juiste Plek* in haar rapport¹⁷, zou zijn om dbc's op te knippen in diagnostiek en behandeling. Dit zou een bevorderende impact op netwerkzorg kunnen hebben.

¹⁷ Zie rapport '*De juiste zorg op de juiste plek*', zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/06/kamerbrief-over-rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

Verzekeraars zien in het veld dat partijen heel druk bezig zijn om veranderingen en de gepaard gaande risico's en de gevolgen ervan te managen. Op een gegeven moment is er in het veld zeer sterke behoefte gekomen aan rust. Onder meer financieel managers en zorgverkopers, verzekeraars en ZN vinden het daarom niet raadzaam het hele systeem te veranderen. Dan prefereren verzekeraars liever het maken van vernieuwende lokale overkoepelende afspraken binnen het bestaande stelsel. Deze oplossingen in de sfeer van contracteringsafspraken vragen (ook) van ziekenhuizen de bereidheid om hierin actief bij te dragen. Van oudsher worden afspraken gemaakt tussen individuele ziekenhuizen en verzekeraars, nu zal daarnaast het gesprek worden gevoerd op netwerkniveau met verzekeraars en tussen ziekenhuizen onderling. Dat maakt het onderhandelingsproces complexer en tijdrovender. Ziekenhuizen gaven in interviews dan ook aan dat ze het lastig vinden om naast de onderhandeling met de verzekeraars ook nog met elkaar om tafel te moeten. Dit zal vanwege toenemende netwerkvorming wel meer en meer plaats (moeten) gaan vinden.

Er zou bijvoorbeeld niet per dbc kunnen worden afgerekend, maar voor het geheel in één keer. Waarbij achteraf dingen worden verrekend. Het ene ziekenhuis is bijvoorbeeld hoofdaannemer die achter de deur het budget verdeelt met de onderaannemer(s). Dat is mogelijk een stap richting populatiebekostiging. Dan krijg je hele andere bekostigingssystemen dan het betalen per dbc. Uitdaging daarbij blijft de adequate registratie in de EPD's.

4.2 Overheadkosten en organisatiestructuur van oncologienetwerken

Heel duidelijk is dat netwerken om goed te kunnen functioneren een faciliterende structuur behoeven. Deze structuur moet borgen dat er coördinatie en beleid gevoerd wordt op het netwerk. Ook zijn er faciliteiten nodig op het gebied van de IT-infrastructuur en applicaties (belang gegevensuitwisseling), PR en communicatie.

De manier waarop deze gezamenlijke kosten (overhead) van een netwerk gefinancierd moeten worden en de wijze waarop netwerkorganisaties ondersteund kunnen worden is voor een heel aantal netwerken grotendeels nog een vraagstuk. Netwerken zoeken hierin op eigen wijze ieder hun weg. Daarbij wordt aangegeven dat het organiseren en financieren van het netwerk moeizaam gaat omdat dit binnen de ziekenhuizen niet altijd voldoende prioriteit heeft. Denk hierbij bijvoorbeeld ook aan de prioritering van transmurale beeld- en gegevensuitwisseling. In al dit soort aspecten zijn zowel naar organisatie als financiering oplossingen hard nodig.

Een mogelijk scenario is om alle meer dan 75 oncologienetwerken zelf aparte netwerkorganisaties met eigen medewerkers al dan niet met eigen (gesubsidieerde) financiering te laten organiseren. Een alternatief is om te werken aan een overkoepelend landelijk netwerk, of netwerk van netwerken waarin financiering en ook organisatie regionaal en landelijk worden geregeld. Hierin zouden dan leerervaringen en good practices kunnen worden uitgewisseld. Vanuit het veldonderzoek twee suggesties:

- Algemene kosten van het netwerk kunnen middels een (vooraf afgesproken) verdeelsleutel worden gefinancierd door de betrokken ziekenhuizen.
- Indien verzekeraars het belang van oncologienetwerken inzien zouden binnen oncologienetwerken afspraken gemaakt kunnen worden waar ook een vergoeding tegenover wordt gesteld door de verzekeraars.

In de rondetafelconferentie van maart 2018 bleek dat de meerderheid van de aanwezigen een regionale ondersteuningsstructuur als een betere oplossing ziet dan per oncologienetwerk medewerkers aan te stellen en deze op een eigen wijze te laten financieren. Dit is naar voorbeeld van de ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) of van de aanpak die gekozen is voor de coördinatie van CVA (opslag uit DOT). Dit vraagstuk zou voorgelegd kunnen worden aan de NZa, met het verzoek om met de direct betrokken partijen gezamenlijk mogelijke scenario's

te verkennen en ontwikkelen. De NVZ heeft aangegeven dit probleem ook meenemen in de discussie met de NZa over de toekomstige bekostiging MSZ in relatie tot ZOJP.

4.3 Financiering MDO en expertopinie

Over de financiering van multidisciplinair overleg (MDO) en expert opinion is in de Rondetafelconferenties uitgebreid gediscussieerd. Conclusie is dat er een berekende inschatting zou moeten komen van de omvang van de tijdsinvestering in het regulier MDO en van de expertrol, uitgaande van het nieuw vorm te geven echeloneringsmodel. Wat kost dit model op macroniveau, en hoe kan dit adequaat gefinancierd worden? Bij de uitwerking moet worden gezocht naar een manier van financiering die recht doet aan de gewenste kwaliteit van zorg voor iedere patiënt, met aandacht voor doelmatigheid.

De vergoeding voor het MDO met het behandelteam

Er is een brede consensus dat de financiering van het reguliere MDO met het behandelteam binnen de dbc geregeld is. Echter, uit de inventarisatie blijkt dat lang niet alle ziekenhuizen en afdelingen gebruik maken van de mogelijkheid om het MDO te registreren. Om transparantie en adequate bekostiging te realiseren is het van belang om aan te sturen op vastleggen van ieder MDO in ieder ziekenhuis in de financiële registratie op de bestaande verrichtingcode 190005. Uiteindelijk zal dit leiden tot verzwarende van het zorgproduct daarmee mogelijk tot een hoger dbc-tarief.

Aanvullend, er zou niet alleen aandacht moeten zijn voor het financieren van de bestaande en toekomstige inspanningen. Ook is er aandacht nodig voor het efficiënter werken in een echeloneringsmodel per tumorsoort. Ontwikkeling van een model gericht op het optimaliseren van kwaliteit bij beperking van de tijdsinvestering, waarbij het bekostigingsmodel de inspanningen vergoed en de juiste kwaliteitsprikkel genereert, moet in de toekomst gerealiseerd worden.

In lijn met hetgeen in voorgaand hoofdstuk is beschreven over de toenemende aandacht voor samen beslissen over een passend behandelplan, zou dit ook gefaciliteerd moeten worden in het bekostigingsmodel. Het gaat hierbij om het kunnen registreren en declareren van de inspanningen voor het in kaart brengen, veelal door verpleegkundigen, van patiëntvoorkeuren, gezondheidsstatus (naast de al genoemde bespreking van de behandelopties in het MDO) en het realiseren van een zorgvuldig proces van samen beslissen waarbij alle informatie samenkomt en wordt meegewogen. In de regelgeving is weliswaar een zorgactiviteit voor samen beslissen beschikbaar, maar het is de vraag of deze kan worden geregistreerd voor bedoelde activiteiten. Interessant in dit verband is het ZonMw - onderzoeksproject “Ziekenhuizen en zorgverzekeraars in gesprek”. Hierbij wordt onderzoek gedaan naar de implementatie van samen beslissen en de bekostiging ervan. Dit onderzoek wordt eind 2018 afgerond en vindt plaats in de 12 deelnemende ziekenhuizen van het implementatie programma “Beslist Samen”.

Vergoeding expertrol

Bij het zoeken binnen het echeloneringsmodel naar een manier om expertisecentra en expertpanels te vergoeden voor consultatie vanuit periferie, zou het aanvragende ziekenhuis niet moeten worden ‘beboet’ voor het consulteren van experts door het sturen van een factuur voor de gemaakte kosten. De expertrol kan vooralsnog niet worden meegenomen in de dbc-tarieven, want de consultatie betreft patiënten van andere ziekenhuizen. Er zal gezocht moeten worden naar een andere oplossing. Een deel van deze inspanning wordt gefinancierd via de consultgelden en via de academische component van de UMC's. Het uitwerken van een werkwijze om de inspanningen transparant te maken en te relateren aan adequate bekostiging wordt meegenomen in een project met alle stakeholders waarbij IKNL initiatiefnemer is.

4.4 Prikkel in het zorgstelsel

De gezondheidszorg kan en wordt op verschillende manieren bekostigd. De (financiële) prikkels die van de manieren van bekostigen uitgaan kunnen zowel positieve als negatieve invloed hebben op de verschillende aspecten van zorguitkomsten. Ook oncologienetwerken en het proces van het vormen van netwerken wordt beïnvloed door de huidige manier van bekostiging van de ziekenhuiszorg.

Uit het veldonderzoek komt dit ook duidelijk naar voren; door de oncologienetwerken wordt ervaren dat de huidige manier van financiering op verschillende manieren soms vergaande ongewenste invloed heeft. Er wordt breed en nadrukkelijk aangegeven dat een van de belangrijkste knelpunten is dat de huidige financieringswijze (over)productie bevordert en ook dat het coördinatie frustreert en daarmee fragmentatie in stand houdt. Dit komt doordat de wijze van financiering nu op productie in de verschillende ‘schotten’ gericht is. Schotten die zowel binnen als tussen de ziekenhuizen bestaan. Deelnemen in een netwerk wordt vaak alleen als mogelijkheid gezien zolang het de eigen omzet niet schaadt. Dreigt dit wel te gebeuren dan is er een grote mate van terughoudendheid en wordt geprobeerd het eigen belang veilig te stellen. Dit staat samenwerking tussen zorgaanbieders in het algemeen, en binnen oncologienetwerken in het bijzonder, in de weg. Dit knelpunt wordt veroorzaakt doordat de zorgverleners als afzonderlijke zorgverleners / instellingen worden betaald per dbc, waarbij afstemming niet wordt beloond.

Tijdens de tweede rondetafelconferentie is dieper op dit door de netwerken aangegeven knelpunt en op het zorgstelsel en de manieren van bekostigen ingegaan. De conclusie daarbij was dat traditionele manieren van bekostiging, zoals fee-for-service, capitation en budgets, om verschillende redenen niet de ideale wijze van financiering lijken. In lijn met wat vanuit het veldonderzoek naar voren komt kan worden gesteld dat de fee-for-service systematiek op-volume-gerichte zorgaanbieders als ongewenste uitkomst heeft. Waarbij misschien een vraagteken kan worden geplaatst in hoeverre het huidige stelsel van dbc's gezien kan worden als een puur fee-for-service systeem. De grondgedachte van de dbc-systematiek is misschien meer gestoeld op een vorm van bundled payment, waar juist een doelmatigheidsprikkel in zit. Dit neemt niet weg dat blijkt dat zorgaanbieders omzet, gegenereerd door de productie van dbc, als een belangrijk richtpunt hanteren.

Nieuwe benaderingen, zoals pay-for-performance, shared-savings (nb. tweezijdige risicodeling) en population management¹⁸, bieden mogelijk prikkels die binnen de huidige en toekomstige inrichting van het zorglandschap effectief zijn. Hierbij is het uitgangspunt goede kwaliteit van zorg door de nodige coördinatie en kostenbewuste zorgverlening. Er moet dus worden gezocht naar prikkels die kwaliteit, doelcongruentie, coördinatie en samenwerking en het kostenbewustzijn bevorderen.

Het is echter de vraag of het financieringsstelsel helemaal anders ingericht zou moeten worden. Of dat er een geleidelijke verandering van het bestaande stelsel mogelijk is waarbij de goede punten behouden blijven. Nieuwe financieringsvormen, ook binnen het bestaande stelsel, behoeven nog verdere uitwerking, met oog voor validiteit, implementeerbaarheid en voor- én nadelen van prikkels in nieuwe financieringsvormen. Partijen lijken open te staan voor veranderingen, waarbij elementen zoals uitkomstfinanciering in relatie tot waardegedreven zorg en uitkomstindicatoren (ICHOM, PREM's en PROM's) worden toegevoegd aan de bestaande werkwijze. Het volledig omgooien van het stelsel kan op minder draagvlak rekenen.

¹⁸ Zie bijvoorbeeld een studie als “Changes in Health Care Spending and Quality - 4 Years into Global Payment”, Song et al. (2014), *The New England Journal of Medicine*.

4.5 Conclusies en aanbevelingen

In onderstaand kader worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen voor vervolgstappen weergegeven, afgeleid van de gevonden (financiële) belemmeringen en de visie van stakeholders zoals in dit hoofdstuk beschreven. Het betreft de belangrijkste (financiële) ontwikkelpunten om de netwerken en netwerkvorming in de toekomst beter te kunnen faciliteren. Zodat oncologienetwerken kunnen blijven ontwikkelen en patiënten hierdoor uiteindelijk a) kunnen rekenen op een passende behandeling waarbij alle medische opties zijn meegewogen en b) het netwerk als één organisatie met gestroomlijnde processen gaan ervaren.

Aanpassing regelgeving NZa

We hebben gezien dat de interpretatie van de bestaande NZa-regels verschilt. We zullen op basis van deze bevindingen aansturen op helderheid over de NZa-regels. Daarnaast willen we na afstemming met NVZ en NFU aansturen op eventuele aanpassing van bestaande regelgeving op de korte en langere termijn, om flexibeler en meer patiëntgericht te kunnen samenwerken in oncologienetwerken.

Wenselijke aanpassing van NZa-regelgeving:

- Hoofdaannemerschap bij ODV; kan nu nog alleen bij het poortziekenhuis liggen, dit ook toestaan in het geval een niet-poortziekenhuis de hoofdaannemer is. Aandachtspunt bij beide ODV-varianten is verbetering van ICT-ondersteuning en inrichting van de systemen ten behoeve van informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen over registratie en declaratie;
- Naar jezelf verwijzen in model formele verwijzing, waarbij dezelfde hoofdbehandelaar een deel van het zorgtraject in een ander ziekenhuis uitvoert;
- Het parallel openstaan van meerdere dbc's in meer dan één ziekenhuis bij formele verwijzing; dit leidt tot vergroting van de flexibiliteit waardoor meer maatwerk voor de patiënt mogelijk is. Aandacht dient daarbij te bestaan voor het risico op een hogere totaalprijs.

In 2018 zijn deze punten, na afstemming met NFU en NVZ, besproken met NZa.

Financiering MDO en expertopinie

Tijdens de Rondetafelconferenties is een koers met een focus op vier deelgebieden akkoord bevonden. Deze geaccordeerde deelgebieden zijn:

- i. Efficiënter werken in een echeloneringsmodel per tumorsoort; kwaliteit optimaliseren bij beperking tijdsinvestering.
- ii. Registreren; aansturen op vastleggen van het MDO in financiële registraties zoals reeds mogelijk is op verrichtingscode 190005.
- iii. Financieren MDO; op basis van uniforme registratie wordt het MDO meegenomen in de profielen van de zorgproducten en de bijbehorende tarieven.
- iv. Financieren expertrol; dit is lastig te realiseren via de dbc-systematiek, omdat deze patiënten niet fysiek in het expertisecentrum komen. Een deel van deze inspanningen wordt gefinancierd via de consultgelden en via de academische component van de UMC's. Het uitwerken van een werkwijze om de inspanningen transparant te maken en te relateren aan adequate bekostiging

wordt meegenomen in het echeloneringsproject (zie onder i).

In aanvulling op deze punten wordt vanuit pilotprojecten Samen besloten duidelijk dat er nog een aanvullend financieringsvraagstuk ligt:

- v. Financieren samen beslissen en het in kaart brengen van patiëntvoorkeuren en gezondheidsstatus, in aanvulling op de medisch technische behandeladviezen onder i t/m iv.

Deze punten worden geadresseerd in een medio 2018 gestart project met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen, SONCOS-bestuur, CCN's, IKNL, en Citrien, in afstemming met onder meer NVZ, NFU en NZa.

Financiering algemene kosten oncologienetwerken

Duidelijk is dat netwerken een faciliterende structuur behoeven. Deze structuur moet coördinatie en beleid, doorontwikkeling en kwaliteitsoptimalisatie borgen. Ook zijn er faciliteiten nodig op het gebied van de IT-infrastructuur en communicatie. Ook de inrichting van systemen en processen ten behoeve van adequate registratie en declaratie is daarbij een belangrijke factor. Ideeën zijn in kaart gebracht over de manier waarop gezamenlijke kosten (overhead) van een netwerk gefinancierd zouden kunnen worden, en over de wijze waarop netwerkorganisaties ondersteund kunnen worden. Uit een korte inventarisatie bleek dat de meerderheid een regionale of landelijke ondersteuningsstructuur (zoals bijvoorbeeld de ROAZ of coördinatie CVA) als een betere oplossing ziet dan medewerkers aan te stellen per oncologienetwerk. De achterliggende reden is dat daarmee een grotere maatschappelijke doelmatigheid wordt verwacht; door het delen van medewerkers, kennis en ervaring meer kwaliteit en resultaat, tegen lagere totale kosten. We bevelen dan ook aan te onderzoeken of een passende structuur kan worden ontwikkeld voor oncologienetwerken. Dit vraagstuk wordt voorgelegd aan de NZa, met het verzoek om met de direct betrokken partijen gezamenlijk mogelijke scenario's te verkennen.

Experimenten kwaliteitsprikkel binnen bestaande zorgstelsel

Belangrijk is meting van processen, uitkomsten en ervaringen van het regionale netwerk, en het benchmarken met andere netwerken en zorgaanbieders. Uitkomsten en procesindicatoren kunnen online beschikbaar komen, onder meer ten behoeve van transparantie en keuzemogelijkheden voor patiënten. Het in kaart brengen van de kwaliteit van oncologische zorg in netwerken is in lijn met onder meer de ontwikkelingen op het gebied van Value Based Healthcare of Waardegedreven zorg, waarbij ook het ook het (integraal) meten van kosten wordt meegenomen.

Voor het realiseren van optimale kwaliteit in oncologienetwerken blijken vooralsnog echter financieringsaspecten en de beoogde marktwerking grote belemmeringen te vormen. Door respondenten zijn veel suggesties gedaan ter verbetering van het financieringsmodel. Dit gaat veelal om volledige aanpassing van het stelsel. Wij bevelen aan om niet aan te sturen op een complete stelselwijziging, maar het zoeken naar mogelijkheden voor het introduceren van meer kwaliteitsprikkel binnen het huidige model. Door de bestaande werkwijze te combineren met afspraken over waardegedreven zorg, shared savings, bundled payments en/of populatiebekostiging. We willen aansturen op lokale experimenten, die worden meegenomen in (meerjaren) afspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars en netwerken. Randvoorwaarde hiervoor is dat oncologienetwerken, ziekenhuizen en verzekeraars bereid zijn om deze nieuwe vormen van contracteren te exploreren.

In Citrien 2.0 worden deze thema's meegenomen om nader te verkennen in regionale experimenten, leidend tot implementeerbare modellen voor oncologienetwerken.

Bijlage A: NZa Regeling medisch-specialistische zorg - REGELING NR/REG-1816

1. Begripsbepalingen

d. Dbc-zorgproduct

Een declarabele prestatie die via de beslisboom is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten.

l. Eigen patiënt

Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

m. Eigen zorgverlener

Zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

o. Grouper

Een applicatie in een beveiligde omgeving die op basis van een aangeleverde declaratiedataset dbc-zorgproducten en add-ons, met uitzondering van add-ongeneesmiddelen, afleidt conform de door de NZa vastgestelde prestatie- en tarieventabellen en beslisbomen.

p. Hoofdbehandelaar

Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag. Bij medische overdracht van een patiënt wordt ook het hoofdbehandelaarschap overgedragen.

y. Onderlinge dienstverlening

Het leveren van zorg als (onderdeel van een) dbc-zorgproduct door één of meerdere instellingen of medisch specialisten (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar.

gg. Subtraject

Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf bepaald moment wordt afgesloten.

mm. Zorgaanbieder

Natuurlijk persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg.

qq. Zorgtraject

Het geheel van prestaties van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener consulteert. Een zorgtraject is geen declarabele prestatie, maar bestaat uit één of meerdere declarabele subtrajecten.

rr. Zorgverlener

Instelling of solist.

Hoofdstuk VI Declareren en betalen

31. Algemene declaratiebepalingen

1. Het in rekening brengen (declareren) van een integraal tarief voor een geleverd dbc-zorgproduct en/of een overig zorgproduct aan een zorgverzekeraar of patiënt is exclusief voorbehouden aan 'eigen zorgverleners' en factureringsbedrijven die namens de eigen zorgverlener declareren.

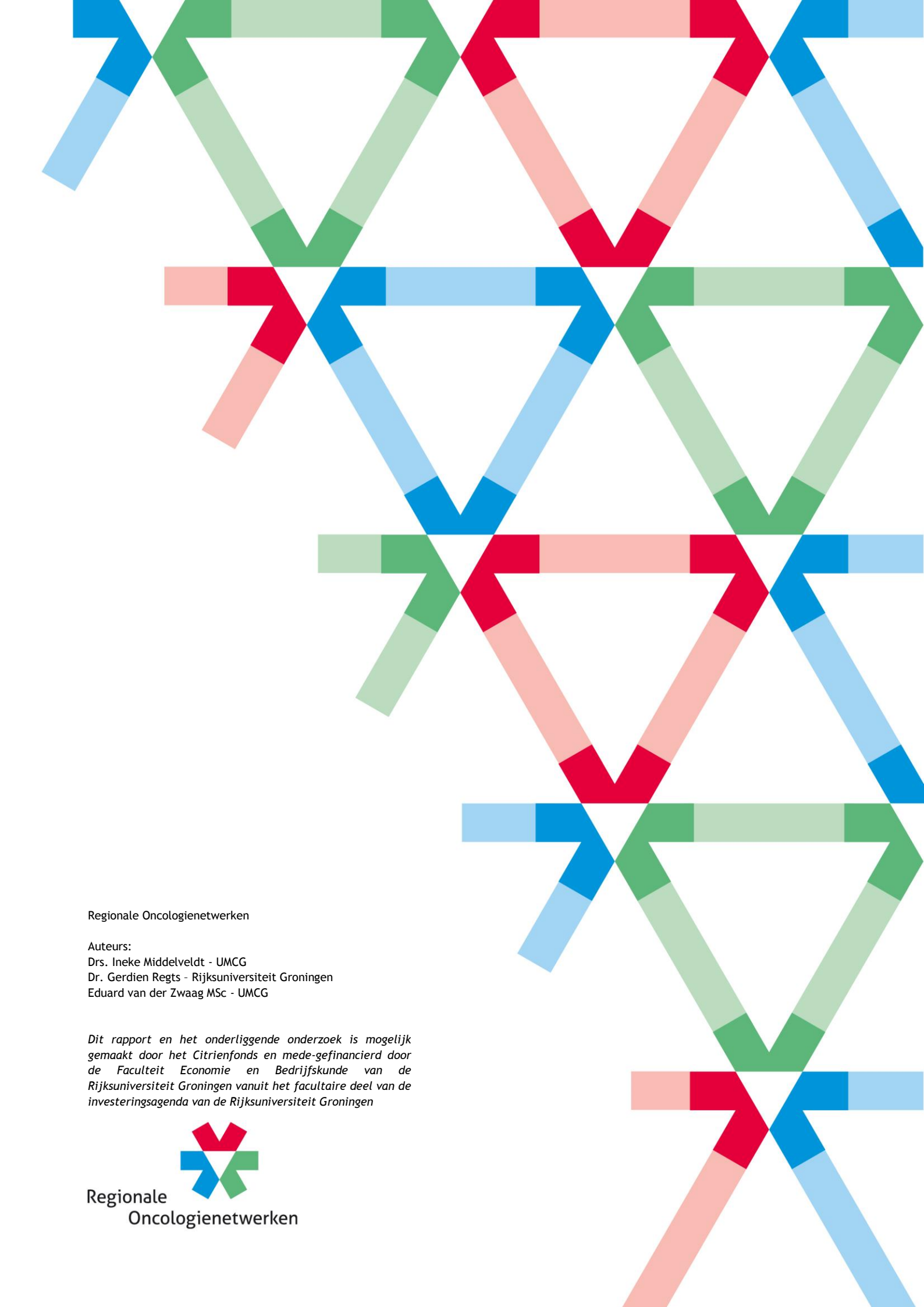
32. Onderlinge dienstverlening

1. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening kan door de uitvoerende zorgverlener geen dbc-zorgproduct of overig zorgproduct worden gedeclareerd. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht.

2. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening kan de uitvoerende zorgverlener de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de zorgverlener die de patiënt in behandeling heeft.
3. Alleen de zorgaanbieder die optreedt als 'eigen zorgverlener' voor de patiënt is gerechtigd om de geleverde zorg als prestatie bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.
5. Indien een hoofdbehandelaar in meerdere instellingen werkzaam is en de hoofdbehandelaar de patiënt verwijst naar zichzelf in een andere instelling is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg dient via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht te worden, met uitzondering van de volgende situaties:

Appendix: Deelnemers Rondetafelconferenties/ stakeholders

Frederieke Bakker	<i>Senior beleidsmedewerker NZa - Doorontwikkeling lange termijn bekostiging MSZ (visie 2025)</i>
Kees van Bommel	<i>Principal consultant Vintura</i>
Aart van Bochove	<i>Internist-oncoloog Zaans Medisch Centrum / Oprichter en medisch directeur Esperanz</i>
Jenneke Boerman	<i>Hoofd Zorgverkoop LUMC / Citrien projectleider Oncologienetwerken en regelgeving</i>
Rob van Bostel	<i>Manager Oncologisch Centrum MCL</i>
Arja Broenland	<i>Directeur-bestuurder NFK</i>
Irene Dingemans	<i>Belangenbehartiger / projectleider Kwaliteit van zorg NFK</i>
Hans Fabry	<i>Oncologisch chirurg Bravis Ziekenhuis / lid SAZ Interstafraad</i>
Nienke Funke	<i>Hoofd marketing & zorgverkoop a.i. UMCG / lid regiegroep Bekostiging NFU</i>
Richard Heijink	<i>Beleidsmedewerker NZa Directie Regulering - Doorontwikkeling lange termijn bekostiging MSZ (visie 2025)</i>
Anouk Hilbrink	<i>Beleidsmedewerker Oncologie Deventer Ziekenhuis</i>
Daphne van der Wind - Hoogeveen	<i>Beleidsmedewerker NZa</i>
Peter Huijgens	<i>Raad van bestuur IKNL</i>
Marika Kop - Wijering	<i>Medisch adviseur Menzis</i>
Mariska Koster	<i>Senior medisch adviseur Strategie en Innovatie Zilveren Kruis</i>
Mark Kramer	<i>Hoogleraar Interne geneeskunde VUmc / Lid Raad van bestuur VUmc</i>
Steven Lugard	<i>CEO Performance</i>
Louwke Meinardi	<i>Communicatieadviseur Citrien Naar regionale oncologienetwerken</i>
Petra van der Raad	<i>Projectmanager LUMC / Citrien projectleider Oncologienetwerken en regelgeving</i>
Aiko de Raaf	<i>Hoofd Tumorteams IKNL</i>
Margot Redel	<i>Senior beleidsadviseur Zorg ZN</i>
Liesbeth Rieter	<i>Manager Patiënt & veiligheid - Strategie & Kwaliteit Vumc / projectleider Citrien Oncologienetwerken</i>
Yvonne Snel	<i>Directeur SAZ</i>
Ronald Spanjers	<i>Raad van bestuur Roessingh Centrum voor Revalidatie</i>
Marenne Terlingen	<i>Senior beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie NVZ</i>
Arno Timmermans	<i>Voorzitter Raad van bestuur Westfriesgasthuis</i>
Hanna Toornstra	<i>Senior beleidsadviseur Sturing en Financiering NFU</i>
Lilianne van der Velde	<i>Senior beleidsadviseur Besturing & Bekostiging NVZ</i>
Henny Wijngaard	<i>Manager Verzekeringen en Uitvoering ZN / beleidsadviseur ZN</i>
Arjan Wildeboer	<i>Programmacoördinator Citrien Naar regionale oncologienetwerken Beleidstaf UMCG</i>



Regionale Oncologienetwerken

Auteurs:

Drs. Ineke Middelveldt - UMCG

Dr. Gerdien Regts - Rijksuniversiteit Groningen

Eduard van der Zwaag MSc - UMCG

Dit rapport en het onderliggende onderzoek is mogelijk gemaakt door het Citrienfonds en mede-gefinancierd door de Faculteit Economie en Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen vanuit het facultaire deel van de investeringsagenda van de Rijksuniversiteit Groningen



Regionale
Oncologienetwerken